

**ATENCIÓN SANITARIA PARA DEPORTISTAS, MONITORES, ENTRENADORES, DELEGADOS, ÁRBITROS, JUECES Y AUXILIARES DE MESA DEL PROGRAMA DE DEPORTE EN EDAD ESCOLAR DE CASTILLA Y LEÓN**

**Datos del solicitante**

<input type="checkbox"/> Juegos Escolares		<input type="checkbox"/> Campeonatos Autonómicos de Edad					
<input type="checkbox"/> Deportista		<input type="checkbox"/> Delegado		<input type="checkbox"/> Entrenador		<input type="checkbox"/> Monitor	
<b>DNI / Pasaporte</b>	<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido</b>		<b>Nombre</b>			
<b>Tipo de vía</b>	<b>Nombre de la vía</b>	<b>Núm.</b>	<b>Escalera</b>	<b>Piso</b>	<b>Letra</b>		
<b>Provincia</b>	<b>Localidad / Ciudad</b>				<b>C.P.</b>		
<b>Teléfono</b>	<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Femenino		<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Organismo asegurador (1)</b>	<b>Entidad responsable de la prestación de asistencia sanitaria (2)</b>				<b>Tarjeta Sanitaria (3)</b>		

(1) Especificar organismo con el que tiene reconocida la asistencia sanitaria (INSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, etc.).

(2) Indicar Entidad responsable de la asistencia sanitaria (SACYL, ADESLAS, ASISA, DKV, etc.)

(3) Ver reverso

**Datos del equipo**

<b>Club / Centro escolar</b>	<b>Deporte</b>
<b>Equipo</b>	<b>Categoría</b>

**Datos del accidente deportivo**

<b>Fecha del accidente:</b>	<b>Instalación deportiva:</b>
<b>Provincia:</b>	<b>Localidad:</b>
<b>Breve descripción del accidente:</b>	

**Datos de la atención sanitaria**

<b>Fecha de la atención sanitaria:</b>	<b>Centro Sanitario:</b>
--	--------------------------

**Consulta y verificación de datos**

La Administración de Castilla y León consultará o recabará por medios electrónicos los documentos necesarios para la tramitación de la solicitud, salvo que el interesado se oponga, de acuerdo con lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En el caso de oposición a que la Administración consulte o recabe esta información deberá cumplimentarse el apartado que corresponda:

Me opongo a que se consulten los datos relativos a la Identidad personal del deportista y aporte copia del DNI/NIE.

Me opongo a que se consulten los datos relativos a la Identidad personal del delegado y aporte copia del DNI/NIE.

Me opongo a que se consulten los datos relativos a la Identidad personal del entrenador y aporte copia del DNI/NIE.

Me opongo a que se consulten los datos relativos a la Identidad personal del monitor y aporte copia del DNI/NIE.

En ..... a ..... de ..... de 20....

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Deportes con la finalidad de tramitar y gestionar las solicitudes presentadas para la inscripción en el Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León, para el curso 2024-2025. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal.

Tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar el tratamiento de datos y su oposición, así como otros derechos recogidos en la información adicional, ante el responsable de tratamiento de datos personales, la Dirección General de Deportes, cuya dirección es: Paseo Filipinos, 1- 2ª planta. C.P.: 47007 Valladolid (protecciondatos.dgd.culturayturismo@jcy.es). Así mismo, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.culturayturismo@jcy.es

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en [www.tramitacastillayleon.jcy.es](http://www.tramitacastillayleon.jcy.es)

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejora de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 o a los correos electrónicos.

**CENTRO DE SALUD / HOSPITAL**



REVERSO

**INFORMACIÓN SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SUFRIR UN ACCIDENTE DEPORTIVO EN COMPETICIONES O ENTRENAMIENTOS DE JUEGOS ESCOLARES O CAMPEONATOS AUTONÓMICOS DE EDAD INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DEPORTE EN EDAD ESCOLAR DE CASTILLA Y LEÓN**

Deberá presentar este formulario en el centro sanitario, correctamente cumplimentado por el club deportivo:

**- Si el deportista que precisa atención sanitaria pertenece al Servicio Público de Salud de Castilla y León (SACYL):**

- Acudir al centro sanitario público más próximo al lugar del accidente, preferiblemente a los P.A.C./SUAP de Atención Primaria.

- Solo acudir a las urgencias de Centros Hospitalarios si la gravedad de la lesión así lo requiere.

**- Si el deportista que precisa atención sanitaria pertenece a otras mutualidades administrativas (MUFACE, MUGEJU, ISFAS u otros) y recibe asistencia sanitaria en entidad privada:**

- Acudir al centro sanitario privado que disponga la Entidad aseguradora.  
(En caso de acudir a un centro perteneciente a Sacyl, le podrá ser reclamado el coste de la atención prestada).

Al margen de las prestaciones incluidas en la cobertura sanitaria de que dispongan los participantes en el Programa de Deporte Escolar en Castilla y León, la Dirección General de Deportes pone a disposición de los mismos una serie de prestaciones y servicios complementarios contratados con MARKEL INSURANCE (sucursal en España), que se tramitan en los Servicios Territoriales de Cultura, Turismo y Deporte de cada provincia. Todo ello de conformidad con lo previsto en el correspondiente procedimiento protocolario y en los contratos adjudicados.

**(3) Código de identificación de Tarjeta Sanitaria**

