



DIRECCION GENERAL DE DEPORTE

PRINCIPADO DE ASTURIAS



IMPRESO DE SOLICITUD DE BECAS

CTD NATACION ASTURIAS TEMPORADA 2017-2018

CTD NATACION ASTURIAS (X)				RENOVACIÓN(R)/NUEVA(N)			
DATOS PERSONALES							
Nombre:			Apellidos:			NIF:	-
Email:			Teléfono			Fecha Nacto:	/ /
Dirección:			Localidad	C.P.			
Club:			Lugar Entrenam.			Entrenador:	
Peso (kg):		Talla (cm):		Envergadura (cm):		Número Pie:	
MARCAS PISCINA 50m. 2016-17							
	PRUEBA/ESTILO Sólo pruebas olímpicas	TIEMPO	DISTANCIA	ESTILO	TIEMPO		
Mejor Prueba			400	Libre			
2ª Prueba			200	Estilos			
Otra			100 Piernas				
OTROS DATOS DEPORTIVOS							
	COMPETICIÓN - CATEGORÍA	PRUEBA Sólo pruebas olímpicas		POSICIÓN			
Mejor Resultado. C. Regional 2017							
Mejor Ranking 2017. Piscina 50m							
Mejor Resultado C. España 2017							
MEJORES RESULTADOS DOS ÚLTIMAS TEMPORADAS (5 mejores resultados)							
AÑO	COMPETICIÓN	LUGAR	CATEGORÍA	PRUEBA Sólo pruebas olímpicas	POSICIÓN		
OBJETIVOS DEPORTIVOS TEMPORADA 2017-18							
COMPETICIÓN		PRUEBA			PUESTO		
DATOS DE ENTRENAMIENTO							
				Máximo	Medio		
Sesiones semanales temporada 2016-2017				Agua			
				Seco			
Volumen semanal (kms.) temporada 2016-2017							
Porcentaje de asistencia a las sesiones previstas							



DIRECCION GENERAL DE DEPORTE

PRINCIPADO DE ASTURIAS



DATOS ACADÉMICOS

ESTUDIOS CURSADOS 2016-2017			ESTUDIOS PREVISTOS 2017-2018		
DESCRIPCIÓN	CURSO	CENTRO	DESCRIPCIÓN	CURSO	CENTRO
¿Dispone de la condición de Deportista de Alto Nivel en vigor?				SI	☐
Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento				NO	☐
					Fecha
					/ /

Plazo de solicitud: Desde el momento de la publicación de esta circular, hasta el viernes 23 de junio de 2017.

Formulario de solicitud: los formularios de solicitud deben ser cumplimentados en todos sus extremos, independientemente que sea Nueva ó Renovación. La solicitud se remitirá a la siguiente dirección dentro del plazo señalado en el punto anterior.

Centro de tecnificación Deportiva de Natación.
Instalaciones Deportivas del Cristo
Avenida Julián Clavería s/n. 33006 Oviedo.

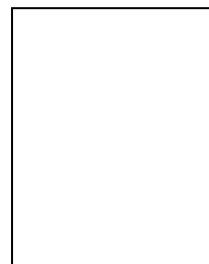


FOTO. FOMATO JPG

Firma del Deportista

Padre o Tutor en caso de menores de edad

El Club _____ al que pertenece el nadador consignado en esta solicitud manifiesta su conformidad con la misma.

Firmado _____

Sello _____

Cargo en el club _____



BREVE CUESTIONARIO

Por favor contesta brevemente a estas 8 preguntas.

1. ¿Para qué solicitas esta beca?
2. ¿Qué piensas hacer en el CTD en relación con tu preparación que no hayas hecho hasta ahora?
3. ¿Por qué no lo has hecho y por qué crees que podrás ahora?
4. Para cumplir con tus objetivos como nadador ¿qué tienes que aprender y a qué crees que habrás de renunciar?
5. ¿Cuáles son tus puntos fuertes como nadador?
6. ¿Y los débiles?
7. Comenta que has hecho recientemente para mejorar alguno de los anteriores
8. Explica con detalle una tarea de entrenamiento que hayas hecho esta temporada y de la que te sientas orgulloso

CUESTIONARIO MÉDICO

Apellidos		
Nombre		DNI
Fecha de nacimiento	/ /	Talla Peso

1. ¿Alguna vez le ha dicho el médico que no debe hacer esfuerzos o que deba limitar su actividad deportiva?
2. ¿Ha estado ingresado alguna vez en el hospital, ha sido operado quirúrgicamente, escayolado...?
3. ¿Está tomando algún medicamento? (incluir vitaminas, sustancias ergogénicas...)
4. ¿Padece asma o algún tipo de alergia?
5. ¿Alguna otra alteración respiratoria, ORL? Rinitis, otitis, sinusitis, bronquitis, neumonía, catarros de repetición, tuberculosis....
6. ¿Algún miembro de la familia ha padecido “ataque al corazón”, problemas de corazón o muerte súbita?
7. ¿Ha tenido dolor torácico, mareos, o pérdida de conocimiento durante el ejercicio?
8. ¿Se ha notado o le han dicho alguna vez si tiene?:
 - hipertensión arterial
 - palpitaciones
 - soplos o algún ruido cardíaco
 - alguna otra alteración cardíaca: arritmia, insuficiencia cardíaca, en el ECG....
9. En algún análisis de sangre, orina, radiografía, le han encontrado alguna alteración?
10. Ha tenido algún tipo de lesión muscular, articular, ósea o tendinosa que preciso tratamiento?
11. Enfermedades infecto-contagiosas, dermatológicas.....
12. Enfermedades neurológicas (epilepsia, vértigo, migraña...)
13. ¿Quiere comentar algo relacionado con su salud?

Nota.- Los datos recogidos en este cuestionario, son de carácter personal y están sujetos al consentimiento expreso de los interesados, conforme la ley de protección de datos Ley Orgánica 15/1999.

Su tratamiento es estrictamente confidencial y son de uso exclusivo por parte de la Comisión Médica de la RFEN

_____ a ____ de _____ de 2017

FIRMA DEL DEPORTISTA