

Consentiment informat per a la realització de controls analítics periòdics i valoracions clíniques i fisiològiques per part dels centres de Medicina de l'Esport del Consell Català de l'Esport

La persona sota signant, _____, amb DNI/passaport núm. _____, com a tutor o tutora, representant legal, i/o pare o mare de l'esportista _____, amb domicili a _____, de _____, província de _____

Manifesta haver rebut la informació que a continuació s'expressa:

Els serveis mèdics dels centres de Medicina de l'Esport del Consell Català de l'Esport realitzen de forma sistemàtica, i dintre dels diferents protocols de proves mèdiques als esportistes i a les esportistes pertanyents als programes ARC i de tecnificació esportiva, diversos procediments clínics i analítics per determinar tant l'estat de salut dels i de les esportistes, com la valoració de l'assimilació dels programes d'entrenament que efectuen, i també la presència en els fluids corporals de substàncies que les diferents legislacions en vigor sobre la lluita contra el dopatge i de protecció de la salut de l'esportista contemplen com a susceptibles de sanció, i més concretament aquelles denominades drogues d'abús social (cannabis i els seus derivats).

Els controls a efectuar es faran pel personal mèdic del propis centres de Medicina de l'Esport i es comunicaran els resultats a l'interessat o la interessada, el seu tutor o tutora, representant legal i/o pare o mare, i també a l'entrenador o l'entrenadora responsable del seu grup, mantenint-se la reserva sobre informació de dades personals que la mateixa necessita.

I declara que:

AUTORITZA als serveis mèdics dels centres de Medicina de l'Esport del Consell Català de l'Esport per a la realització de les proves que es considerin per tal de complir els seus programes preventius a l'esportista: _____, amb DNI/passaport núm. _____.

Signatura

Barcelona, a _____ de _____ de 20_____