



ANEXO

CTGN. SOLICITUD TEMPORADA 16/17

Datos personales del nadador/a

Apellidos		Nombre	
Lugar de nacimiento		Fecha	
Domicilio		C.P.	
Municipio		D.N.I.	
Teléfono particular		Teléfono móvil	
E-mail			

Datos académicos

Estudios para 2016/2017	
Nota media último curso académico	
Estudios en 2015/2016	
Escuela/Instituto/Facultad 2016/2017	
Horario jornada lectiva 2016/2017	

Datos deportivos

Club de pertenencia 2015/2016			
Club de pertenencia 2016/2017			
Federación Territorial		Nº Licencia	
Nº años de entrenamiento mínimo 5 ses/sem			
¿Posee alguna limitación para el entrenamiento?	Si		No
En caso afirmativo ¿Cuál?			
	Club	Entrenador	
	Firma y sello.	Firma.	



Los datos de estos cuadros deben ser rellenados por el/la técnico que está entrenando al nadador/a en el momento que solicita entrenar en el grupo del CTGN.

Datos del entrenador

Apellidos		Nombre	
Domicilio		C.P.	
Municipio		D.N.I.	
Teléfono laboral		Teléfono móvil	
E-mail			

Evolución en el rendimiento del nadador/a (añadir los cuadros que se necesiten)

Prueba	Long. Piscina	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016

Evolución de las cargas de entrenamiento

Criterios	2012/2013		2013/2014		2014/2015		2015/2016	
Horas agua semanales min/max								
KM semanales min/max								
Horas seco semanales								





OPINIÓN DEL ENTRENADOR

Valoración del entrenamiento del nadador/a en las diferentes áreas del mismo.

Entrenamiento en el Agua
Entrenamiento en el Seco
Valoración Técnica
Objetivos temporada 2015/2016 (Resultados, marcas, volumen entrenamiento...)
Objetivos temporada 2016/2017 (Resultados, marcas, volumen entrenamiento...)





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 de algo, 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 al 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 precisó tratamiento?
11. Enfermedades infecto-contagiosas, dermatológicas...
12. Enfermedades neurológicas (epilepsia, vértigo, migraña...)
13. ¿Quiere comentar algo relacionado con su salud?

Nota- Los datos reflejados en esta encuesta, así como los que pueda aportar, están sometidos al secreto profesional y son estrictamente confidenciales.





AUTORIZACIÓN PARA DEPORTISTAS MENORES DE EDAD

Conocidas las condiciones bajo las que se integra en el grupo de entrenamiento a mi hijo/a, con D.N.I., en virtud de los criterios establecidos por la Federación Gipuzkoana de Natación, por la que se convoca el grupo del CTGN, para la temporada 2016/2017 doy mi conformidad a cuanto se establece en las mismas.

D.
con DNI..... y domicilio habitual en c/.....
Nº..., piso, puerta Población, Provincia
..... CP Teléfono

Fdo. El padre o tutor del deportista

