



REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BÉISBOL Y SÓFBOL

IMPRESO DE SOLICITUD DE BECAS

CTD BEISBOL ASTURIAS TEMPORADA 2019-2020

CTD BÉISBOL 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 RADAR. 2018-19							
	Lanzadores		MILLAS	Catchers	Home a 2ªmph	TIEMPO	
Mejor Lanzamiento							
2º Lanzamiento							
Otro							
OTROS DATOS DEPORTIVOS							
	COMPETICIÓN - CATEGORÍA			AVG. Bateo		POSICIÓN	
Segunda Posición							
Tercera Posición							
MEJORES RESULTADOS DOS ÚLTIMAS TEMPORADAS (5 mejores resultados)							
AÑO	COMPETICIÓN	LUGAR	CATEGORÍA		POSICIÓN		
OBJETIVOS DEPORTIVOS TEMPORADA 2018-19							
COMPETICIÓN		CATEGORÍA			PUESTO		
DATOS DE ENTRENAMIENTO							
					Laborables	Fin de Seman	
Sesiones semanales temporada 2018-2019					Mañana		
					Tarde		
Porcentaje de asistencia a las sesiones previstas							



REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BÉISBOL Y SÓFBOL

DATOS ACADÉMICOS					
ESTUDIOS CURSADOS 2018-2019			ESTUDIOS PREVISTOS 2019-20		
DESCRIPCIÓN	CURSO	CENTRO	DESCRIPCIÓN	CURSO	CENTRO
¿Dispone de la condición de Deportista de Alto Nivel en vigor? <small>Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento</small>				SI	<input type="checkbox"/> Fecha
				NO	<input type="checkbox"/> / /

- **Plazo de solicitud:** Desde el momento de la publicación de esta circular, hasta el lunes 1 de julio de 2019.
- **Formulario de solicitud:** los formularios de solicitud deben ser cumplimentados en todos sus apartados, independientemente de que sea una Nueva solicitud o Renovación. La solicitud se remitirá a la siguiente dirección dentro del plazo señalado en el punto anterior.

*Centro de Tecnificación Deportiva de Béisbol.
Instalaciones Deportivas del Cristo
Avenida Julián Clavería s/n. 33006 Oviedo.*



Firma del Deportista
Padre/Madre o Tutor legal en caso de menores de edad

D./Dña. _____, como presidente/a del Club _____ al que pertenece el jugador solicitante,

MANIFIESTA SU CONFORMIDAD CON LA MISMA

Firma	Sello

REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BÉISBOL Y SÓFBOL**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 jugador de béisbol ¿qué tienes que aprender y a qué crees que habrás de renunciar?
5. ¿Cuáles son tus puntos fuertes como jugador de Béisbol?
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

REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BÉISBOL Y SÓFBOL

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 infectocontagiosas, 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 RFEBS

_____ a ____ de _____ de 2019

FIRMA DEL DEPORTISTA