



FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
TEMPORADA 2019-2023

AUTORIZACION FAMILIAR-CONSENTIMIENTO DEL DEPORTISTA- Vº Bº CLUB

(deberá ser firmada por aquellos deportistas que hayan sido declarados judicialmente en situación de incapacidad legal)

El Sr./Sra. _____, con D.N.I. nº _____, como
padre / tutor del deportista _____, con D.N.I. nº _____ y
que pertenece al Club Deportivo _____ de la Localidad
_____.

Autoriza al deportista antes mencionado a participar en las actividades deportivas de ámbito Nacional, que la Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Intelectual (FEDDI) organice durante las temporadas 2019 a 2023.

De igual forma autoriza a los representantes legales de FEDDI a, en caso de enfermedad o accidente, tomar las decisiones de urgencia, tanto médicas como quirúrgicas. Además, se hace responsable de las revisiones médicas y de los certificados médicos, así como del buen estado físico del deportista en cada competición de FEDDI, según establece la Federación en sus normas de participación en competiciones.

Finalmente, autoriza a FEDDI a reproducir por parte del equipo organizador de las actividades, cualquier video, imagen o fotografía en los medios de comunicación donde aparezca el mencionado deportista.

Y para que así conste, firmo la presente a _____ de _____ de _____.

Representante legal (padre/madre/tutor)

Deportista

Vº Bº CLUB



SOLICITUD DE INSCRIPCION ANUAL DE CLUB AÑO: 2019

D^o/a _____ COMO _____
DEL CLUB _____ CON N^o DE REGISTRO _____
PERTENECIENTE A LA COMUNIDAD AUTONOMA DE _____ EN NOMBRE Y REPRESENTACION
DEL MISMO, SOLICITA LA PRECEPTIVA INSCRIPCION ANUAL PARA OBTENER EL DERECHO DE PARTICIPACION EN
ACTIVIDADES, COMPETICIONES Y EVENTOS TUTELADOS POR LA FEDDI, A LOS QUE REGLAMENTARIAMENTE PODAMOS
OPTAR POR REUNIR LOS REQUISITOS LEGALMENTE ESTABLECIDOS.

En _____ a _____ de _____ de 201____

V^o B^o
Presidente del Club

El Secretario o Delegado del Club

Fdo. _____

Fdo. _____

CORRESPONDENCIA CLUB

PERSONA O ENTIDAD A QUIEN SE DEBE DIRIGIR _____ CARGO QUE OCUPA EN EL CLUB _____

_____ DOMICILIO (COMPLETO) A DONDE SE DEBE

REMITIR _____ CODIGO POSTAL _____ LOCALIDAD _____

_____ PROVINCIA _____

TELEFONO(S) _____ FAX _____ E-MAIL _____

En virtud del RGPD 679/2016 de 27 de abril de 2016 de Protección de datos, por aplicación del deber de informar del artículo 14, el Responsable del tratamiento es FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, con domicilio en C/ FERRAZ, 16 - 6º IZQ C.P.: 28008 - MADRID (MADRID).



FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

DELEGADO DEL CLUB	
NOMBRE Y APELLIDOS	
DOMICILIO PARTICULAR	
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD
PROVINCIA	
TELEFONO(S)	FAX
E-MAIL	
OTROS DATOS DE INTERES:	
JUNTA DIRECTIVA <i>(Adjuntar fotocopia del número de registro del Club Deportivo)</i>	
PRESIDENTE:	
VICEPRESIDENTE:	
SECRETARIO:	
TESORERO:	
VOCALES:	
.....	

Vº Bº
FEDERACION TERRITORIAL
(No se tramitará ninguna inscripción de club sin el Vº Bº de la Fed. Territorial correspondiente)

En virtud del RGPD 679/2016 de 27 de abril de 2016 de Protección de datos, por aplicación del deber de informar del artículo 14, el Responsable del tratamiento es FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, con domicilio en C/ FERRAZ, 16 - 6º IZQ C.P.: 28008 - MADRID (MADRID).



COMITÉ NACIONAL DE ÁRBITROS Y JUECES DE BOCCIA Y SLALOM

Código de conducta

Al tramitar tu licencia como árbitro de boccia y/o juez de slalom te comprometes a cumplir con este código de conducta:

1. Siempre recuerda que la competición es para los deportistas. El juego limpio es lo primero. Tienes que ser justo e imparcial.
2. Asegúrate que estás física y mentalmente preparado para la competición. Limita la consumición de alcohol, y/u otras sustancias estupefacientes.
3. Llega a la competición a tiempo y bien preparado.
4. Repasa el reglamento y ayuda a tus compañeros a hacer lo mismo.
5. Respeta a los otros árbitros y jueces y sus decisiones. Nunca critiques públicamente a otro árbitro o juez.
6. Mantén la calma cuando te encuentres con reacciones emocionales de los jugadores, entrenadores, padres y espectadores.
7. Siempre habla al competidor de manera apropiada y asegúrate que ha entendido tu decisión.
8. Toma tus decisiones con confianza y seguridad.
9. Controla la competición de manera que proporciones una experiencia positiva a los deportistas.
10. Utiliza la ropa adecuada, recomendada o proporcionada para la competición.
11. Siempre comprueba el horario de competición y prepárate para tu siguiente intervención.
12. No uses un lenguaje soez, grosero o gestos rudos.
13. Respeta siempre el material de los deportistas y de la competición.
14. Respeta las reglas y reglamentos que haya establecido el comité organizador.
15. Los árbitros y jueces tienen el privilegio de tener un contacto regular o habitual con los deportistas y miembros de los equipos de todas las autonomías o zonas, pero debes permanecer imparcial.

Yo, _____
con DNI/NIE _____ y como árbitro de boccia y/o juez de slalom la
temporada 20__ / 20__ me comprometo a seguir el Código de conducta del CNAJBS
y a cumplir, si no lo hago, la posible sanción reglamentaria correspondiente.

Firma y fecha

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

FOTO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS	
	NOMBRE: <input type="text"/>	
	APELLIDOS: <input type="text"/>	
	D.N.I./ PASAPORTE: <input type="text"/>	
	FECHA NACIMIENTO <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
FECHA REALIZACIÓN FICHA DE JUEGO: <input type="text"/>		
CLASE	VALIDEZ CLASE REDUCIDA HASTA: <input type="text"/>	
	CLASE REDUCIDA	JUGADORA Nº

57

57

57

57

57

57

57

57



Founded in 1924

International Committee of Sports for the Deaf

Recognized by the International Olympic Committee

OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET

528 Trail Avenue
Frederick, Maryland 21701
UNITED STATES
Fax: +1 301 620 2990
Email: controls@ciss.org

***Required Fields**

PLEASE PRINT OR USE TYPEWRITER and send to your National Deaf Sports Federation for review

***Name:** _____
Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

***Nation:** _____ ***Sport:** _____

***Date of Birth:** _____ ***Which event?** Regional Championships
(day / month / year) World Championships

***Gender:** Male Female Deaflympics

AUDIOGRAM

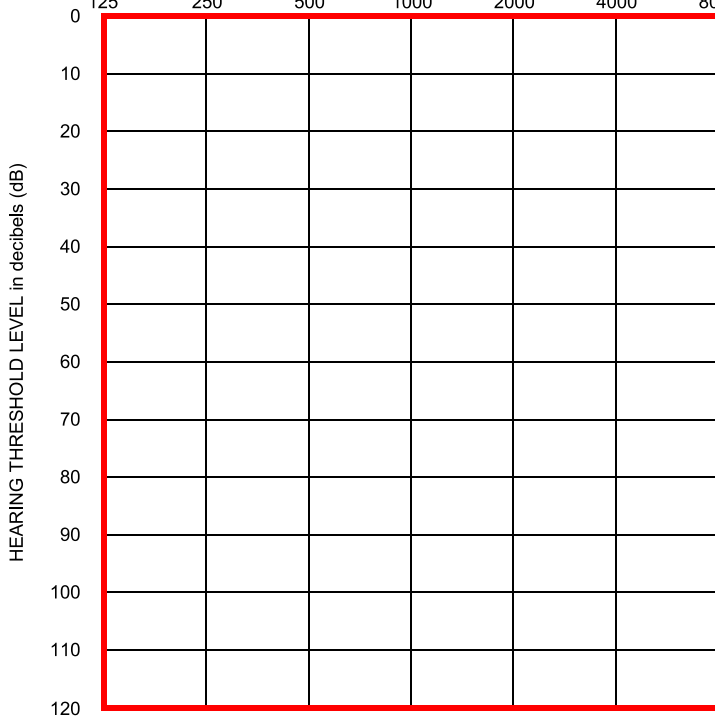
***Audiometer:** _____ ***Examiner Name:** _____

***Calibration:** ANSI 1969 ISO 1964 ***Date of Examination:** _____
 Other: _____ (day / month / year)

***AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION**

FREQUENCY in hertz (Hz)

125 250 500 1000 2000 4000 8000



*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

*REFLEXOMETRY					
Side Equals Probe Ear					
RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				
LEFT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				

PURE TONE AVERAGE		
(500-1000-2000 Hz)		
Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

KEY TO SYMBOLS				
Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (red)	○	△	<	[
LEFT (blue)	×	□	>]
No Response			NR	

TYPE OF HEARING LOSS				
(Check one for each ear with an "X")				
Ear	Sensori-neural	Conductive	Mixed	Cochlear Implant
RIGHT				
LEFT				

ICSD HOME OFFICE USE ONLY	
ID:	_____
Data Entered By:	_____
ICSD Audiologist:	_____

COMMENTS: _____
(In English) _____ *Audiogram Form Revised: 6 / 2011*

www.deaflympics.com/forms/audiogram.pdf

*** This field is required and audiogram form must be completed three (3) months before the event.**



Estimado audioprotesista:

Gracias por cumplimentar el audiograma del International Committee of Sports for the Deaf (ICSD). Nuestros deportistas necesitan que estén completos todos los campos para recibir un número de identificación y poder participar en próximos Campeonatos internacionales o en los Deaflympics (Juegos Sordolímpicos).

Siguiendo la normativa reguladora de la ICSD en relación a los audiogramas les ofrecemos una **guía** con los requisitos y datos a consignar:

1. Es necesario emplear el audiograma oficial de la ICSD. Éste se puede descargar de www.deaflympics.com/forms/audiogram.pdf
2. Es necesario realizar las siguientes pruebas audiológicas en cada uno de los dos oídos.
 - a. Audiometría vía aérea: mínimo frecuencias 500, 1000 y 2000 Hz.
 - b. Audiometría vía ósea: mínimo frecuencias 500, 1000 y 2000 Hz.
 - c. Timpanometría: por favor consigne los datos numéricos solicitados.
 - d. Reflejos acústicos (Reflexometría): introduzca datos numéricos o NR si no hay reflejo. No utilice guión (-) o cero (0)
3. A continuación indicamos qué consignar en cada uno de los campos indicados en amarillo:
 1. **Audiometer:** modelo de audiómetro empleado
 2. **Examiner Name:** Nombre del audioprotesista que ha realizado la prueba.
 3. **Calibration:** Tipo de calibración del audiómetro empleado.
 4. **Date of examination:** fecha en que se realiza la prueba.
 5. **Air conduction:** marcar los resultados obtenidos por vía aérea (véase 2.a.) Si no tiene respuesta en alguna frecuencia marque NR, tal y como figura en "Key to symbols"
 6. **Bone conduction:** marcar los resultados obtenidos por vía ósea (véase 2.b.) Si no tiene respuesta en alguna frecuencia marque NR, tal y como figura en "Key to symbols"
 7. **Tympanometry:** Incluir los datos numéricos de la timpanometría (Ver 2.c.).
 8. **Reflexometry:** Incluir los datos numéricos de los reflejos (ver 2.d).
 9. **Pure Tone Average:** Resultado de sumar el umbral en 500, 1000 y 2000Hz y dividirlo entre 3 de cada uno de los oídos por vía aérea y ósea.
 10. **Type of Hearing Loss:** Identifique el tipo de pérdida auditiva mediante aspa (x) en la casilla correspondiente de cada oído.
 11. **Comments:** si necesita escribir algún comentario relativo al atleta. En caso de no tener equipo para realizar timpanometría o reflexometría por favor especifíquelo aquí (en inglés).
 12. Esta casilla es sólo para uso oficial de la ICSD, no lo rellene.

International Committee of Sports for the Deaf
Recognized by the International Olympic Committee

OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET

535 3rd Avenue
Friedrich, Maryland 21701
UNITED STATES
Tel: +1 301 650-2100
Email: info@icd.org

Name: _____
Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

Nation: _____ **18 port:** _____

Date of Birth: _____ (day / month / year) **Gender:** Male Female

Audiometer: **1** _____ **Examiner Name:** **2** _____

Calibration: ANSI 1969 ISO 1964 **3** **Date of Examination:** _____ (day / month / year) **4** _____

AUDIOGRAM

***AIR CONDUCTION & BONE CONDUCTION**
FREQUENCY in hertz (Hz)

HEARING THRESHOLD LEVEL in decibels (dB)	125	250	500	1000	2000	4000	8000
RIGHT							
LEFT							

***IMPEDANCE TYMPANOMETRY**

Ear	Cond.	Peak	Compl.	Gravel	Pres. Pass.
RIGHT					
LEFT					

***REFLEXOMETRY**
Slow Equate Probe Ear

RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
	SW				
LEFT	Stim	500	2000	4000	
	SW				

PURE TONE AVERAGE
(500-1000-2000 Hz)

Ear	Cond.	Air	Bone
RIGHT			
LEFT			

KEY TO SYMBOLS

Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (Oval)	O	△	◊	◊
LEFT (Hex)	X	△	>	>
		No Response	NR	

TYPE OF HEARING LOSS
(Check one for each ear with "X")

Ear	Sensorineural	Conduct.	Mixed	Cochlear implant
RIGHT				
LEFT				

ICSD HOME OFFICE USE ONLY

Data Entered By: _____
ICSD Audiologist: **12** _____

COMMENTS: (in English) **11** _____

El incumplimiento de los requisitos supone un retraso en la aprobación de la solicitud por parte del atleta.

Muchas gracias de antemano por su colaboración de parte del equipo de la ICSD.