

## FICHA INSCRIPCIÓN DEPORTE ESCOLAR

| DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A |                                                                                                                                                                          |                |                    |                                                         |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
| *NOMBRE:                      |                                                                                                                                                                          |                | DNI:               |                                                         |
| *APELLIDOS:                   |                                                                                                                                                                          |                |                    |                                                         |
| *CURSO:                       |                                                                                                                                                                          |                | *FECHA NACIMIENTO: | / /                                                     |
| *SEXO:                        | <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.                                                                                                             | DISCAPACITADO: |                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| *ASEGURADOR:                  | <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> OTROS:             |                |                    |                                                         |
| *PRESTADOR:                   | <input type="checkbox"/> SACYL <input type="checkbox"/> ADESLAS <input type="checkbox"/> ASISA <input type="checkbox"/> DKV <input type="checkbox"/> OTROS:              |                |                    |                                                         |
| *Nº TARJETA<br>SANITARIA      | <i>*Si pertenece a Sacyl el formato debe ser 4 letras en mayúsculas y 12 números (ejemplo: XXXX999999999999) o la palabra CYL y 10 números (ejemplo: CYL9999999999).</i> |                |                    |                                                         |
| *TIPO DE VÍA                  |                                                                                                                                                                          |                |                    |                                                         |
| *NOMBRE DE<br>LA VÍA          |                                                                                                                                                                          |                |                    |                                                         |
| NÚMERO                        |                                                                                                                                                                          | ESCALERA       |                    | PISO                                                    |
| *LOCALIDAD                    |                                                                                                                                                                          |                |                    |                                                         |
| *C. POSTAL                    |                                                                                                                                                                          | *PROVINCIA     |                    |                                                         |

| DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR |  |       |  |
|-----------------------------|--|-------|--|
| *APELLIDOS:                 |  |       |  |
| *NOMBRE:                    |  | *DNI: |  |
| *TELÉFONO:                  |  |       |  |

**\*Rellenar obligatoriamente**

Con la inscripción a la actividad:

- Autorizo la salida del centro escolar en horario lectivo acompañado de un profesor/a para realizar las actividades.
- Autorizo la creación de la ficha para poder participar en Deporte en Edad Escolar (DEBA).
- Me comprometo a que todo el material entregado por el centro, será devuelto para futuras competiciones, en un plazo máximo de 7 días.
- Autorizo la difusión de fotografías del participante durante las actividades deportivas, en las redes sociales y demás medios de comunicación del centro (marcar esta casilla si **no** se autoriza: ☐ )

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Firma Padre/Madre/Tutor:

D./ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

## I. ASISTENCIA SANITARIA.

La asistencia sanitaria a los participantes en el Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León se prevé en el artículo 32 de la Ley 3/2019, de 25 de febrero, de la Actividad Físico-Deportiva de Castilla y León, donde se dispone:

1. Los deportistas, técnicos, jueces y árbitros que participen en competiciones deportivas, oficiales y no oficiales, o en actividades deportivas federadas de naturaleza no competitiva tendrán el derecho a ser beneficiarios de un seguro que cubra la indemnización para supuestos de pérdidas anatómicas, funcionales, de fallecimiento y la asistencia sanitaria que precisen.
2. Las coberturas mínimas de este seguro se determinarán por orden de la Consejería competente en materia de deporte.
3. La asistencia sanitaria derivada de la práctica físico-deportiva distinta de las indicadas en los apartados anteriores constituye una prestación ordinaria del sistema sanitario que corresponda a cada ciudadano."

Las entidades organizadoras (Diputaciones, Ayuntamientos y Federaciones Deportivas) y los participantes en los JJ. EE. y CAEs del curso 2022-2023, tanto para participar como para garantizar la cobertura del riesgo deportivo de deportistas, técnicos y delegados, **deben tener en cuenta la siguiente información:**

De conformidad con los artículos 11 y 21 de la Orden CYT/921/2022, de 19 de julio, por la que se aprueba el Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León para el curso 2022-2023, las Entidades Locales y las Federaciones Deportivas de Castilla y León organizadoras, directamente o a través de sus Delegaciones Provinciales cumplimentarán el formulario de inclusión en la cobertura de riesgo deportivo (DEBA), previsto en dicha orden, en el que se incluirá la relación de los deportistas, delegados y técnicos que participarán en los mismos; formulario que está disponible en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, accesible a través de la dirección electrónica <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es>, y se dirigirá al **Servicio Territorial de Cultura, Turismo y Deporte de la provincia** en la que esté situado el centro escolar o la entidad deportiva participante.

La asistencia sanitaria de los deportistas, monitores, entrenadores, árbitros, jueces y auxiliares de mesa y delegados cuya cobertura sanitaria corresponda al Servicio de Salud de Castilla y León (o que, perteneciendo a una mutualidad administrativa, reciban la asistencia sanitaria a través de este servicio público), se prestará en cualquier centro sanitario de SACYL, utilizándose el más próximo al lugar del accidente y, siempre que sea posible, las urgencias de primaria. En aquellos casos en los que, por la urgencia o gravedad de la lesión, resulte imprescindible el traslado en transporte sanitario, se podrá contactar con el 112.

Por el contrario, la asistencia sanitaria que precisen aquellos deportistas, monitores, entrenadores y delegados pertenecientes a mutualidades administrativas (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, u otros), que reciban la asistencia sanitaria de alguna entidad privada de seguro, se prestará con los medios de los que disponga el sistema de asistencia sanitaria del que sean beneficiarios. En estos supuestos, cuando se precise transporte sanitario, deberá igualmente acudir a los medios de que disponga la Entidad correspondiente.

**Cuando se produzca un accidente deportivo, tanto en competiciones como entrenamientos, los responsables del equipo deportivo (delegados, monitores o entrenadores) completarán la información sobre el accidente sufrido en el apartado correspondiente y entregarán al deportista lesionado una copia del formulario para su presentación obligatoria en el centro sanitario.**

## II. COMPENSACIONES ECONÓMICAS.

Existe a disposición de los participantes en el Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León, una póliza de seguro con MARKEL INSURANCE SE SUCURSAL EN ESPAÑA (número de póliza: 022S00563ACO), en la que figura como tomadora la Consejería de Cultura y Turismo y Deporte de la Junta de Castilla y León.

ESTA INFORMACIÓN MÁS AMPLIADA SE PUEDE CONSULTAR EN LA SECCIÓN DE CIRCULARES DE LA PLATAFORMA EDUCAMOS o en la web <https://deporte.jcyl.es/web/es/deporte-edad-escolar-universitario/programa-deporte-edad-escolar.html>