

CONVOCATORIA DE BECAS DE ENTRENAMIENTO PARA DEPORTISTAS CENTROS NACIONALES DE ENTRENAMIENTO: MADRID-BLUME, SANT CUGAT Y MÁLAGA TEMPORADA 2026-2027

Datos de la Federación solicitante (cumplimentar solo por R.F.E.N.)

Nombre completo:	
NIF / NIE	
En representación de la	Real Federación Española de Natación
CIF:	Q2878029D
Cargo:	
Especialidad/es:	
Mail:	
Pruebas:	

Incluir foto del deportista

Objeto de la solicitud (Cumplimentar por el DEPORTISTA SOLICITANTE)

Solicitud de beca para el Centro:	Opción 1	Opción 2

DATOS DEL DEPORTISTA:

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA NAC.	NIF

RÉGIMEN		RENOVACIÓN	
INTERNO	EXTERNO	SÍ	NUEVA ADJUDICACIÓN

DIRECCIÓN	CIUDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO	E-MAIL

NIVEL DEPORTIVO (En los dos últimos años. Cualquier dato falso anulará la solicitud)

A.D.O.	D.A.N.	PUESTO RANKING NACIONAL	MEDALLISTA EN EL ÚLTIMO CAMPEONATO DE ESPAÑA				MIEMBRO SELECCIÓN NACIONAL DE ESPAÑA				
			ABSOLUTO	JUNIOR	JUVENIL	INFERIORES	ABSOLUTO	JUNIOR	JUVENIL	INFERIORES	

FECHA B.O.E. - D.A.N.

Cumplimentar todos los anexos siguientes:

- Anexo I - Aceptación del deportista
- Anexo II - Autorización para deportistas menores de edad
- Anexo III - Datos y objetivos del deportista
- Anexo IV - Datos académicos del deportista
- Anexo V - Cuestionario Médico (1/2)

Lugar y fecha completa:

Firma del deportista:

Firma progenitor/tutor:
(en el caso de menores de edad)

Firma Entrenador o Club:
(Informado)

Nombre y Apellidos
Fdo.:

Nombre y Apellidos
Fdo.:

Nombre y Apellidos
Fdo.:

ANEXO I

Temporada 2026-2027 ACEPTACIÓN DEL DEPORTISTA

Datos del solicitante:

Nombre completo:

NIF:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Población:

Código Postal:

Teléfono:

E-mail:

Enterado/a y conforme con las condiciones por las que se rige la adjudicación o renovación de becas convocadas por el Consejo Superior de Deportes para la temporada 2026-2027, así como el Reglamento R.F.E.N. y las normas de los Centros Nacionales de Madrid, Sant Cugat y Málaga.

ACEPTA ser propuesto para una plaza y se compromete, en caso de serle adjudicada, a observar las normas establecidas.

Lugar y fecha completa:

Firma del deportista:

ANEXO II

Temporada 2026-2027 AUTORIZACIÓN PARA DEPORTISTAS MENORES DE EDAD

Datos del solicitante:

Nombre completo:			
NIF:	Fecha de nacimiento:		
Dirección:	Ciudad:		
Población:	Código Postal:		
Teléfono:	Mail:		
Conocidas las condiciones bajo las que se concede una beca en el CNE de Madrid, Sant Cugat o Málaga a mi hijo/a, para la temporada 2026-2027, doy mi conformidad a cuanto se establece en las mismas	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Nombre/apellidos (hijo/a)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">DNI (hijo/a)</td> </tr> </table>	Nombre/apellidos (hijo/a)	DNI (hijo/a)
Nombre/apellidos (hijo/a)			
DNI (hijo/a)			

Lugar y fecha completa:	
Nombre y apellidos del padre/madre/tutor	
NIF.:	
Firma del padre/madre/tutor:	

ANEXO IV

Temporada 2026-2027 DATOS ACADÉMICOS DEL DEPORTISTA

Nombre, Apellidos (2)

DATOS ACADÉMICOS

ESTUDIOS CURSADOS 2025-2026			ESTUDIOS PREVISTOS 2026-2027		
ESO/ BACH / GRADO / UNI	CURSO	CENTRO	ESO/ BACH / GRADO / UNI	CURSO	CENTRO
				Especialidad	
¿Dispones de la condición de Deportista de Alto Nivel en vigor? Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento				SI	
				NO	

Durante su etapa académica, ¿has necesitado algún tipo de adaptación curricular?

En los cursos anteriores, ¿has tenido alguna dificultad que creas importante comentar?

Observaciones:

ANEXO V

Temporada 2026-2027 CUESTIONARIO MÉDICO DECLARACIÓN EMPLEO DE MEDICAMENTOS

Nombre, Apellidos (2)

Cuestionario	SI	NO
¿Padeces alguna enfermedad en la actualidad o de carácter crónico?		
¿Estás en tratamiento con alguna medicación? ¿O utilizas algún inhalador?		
Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez		
Ingresos médicos hospitalarios		
Diabetes		
Celiaco, algún tipo de intolerancia y/o alergia a algún alimento o condimento		
Alergia a medicamentos		
Hipertensión arterial, enfermedad o alteración cardíaca		
Asma		
Problemas de vista		
Problemas de audición		
Usas gafas o lentillas		
Problemas para dormir, ansiedad o problema psicológico		
Has tenido algún episodio de convulsiones		
Algún problema en la piel		
Antecedentes familiares de problemas de corazón, arritmias, muerte súbita		
Has perdido el conocimiento durante o después del ejercicio		

¿Quieres o precisas comentar algo relacionado con tu salud? ¿antecedentes medicos de interés?
Realiza una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

¿Estás tomando algún medicamento?

Incluir vitaminas y ayudas ergogénicas (creatina, aminoácidos,)

Así como cualquier sustancia usada por vía oral , intramuscular, oftalmológica o nasal.

Has requerido tratamiento con alguna infiltración intraarticular, periarticular o peri tendinosa? Si es así, tienes en tu poder algún informe médico?