ANEXO I:

Comunicación de Datos para la

Solicitud del PARTE de ACCIDENTES

TEMPORADA 2015/2016

|  |
| --- |
| **DATOS DEL FEDERADO** |
| NOMBRE Y APELLIDOS: |  |
| D.N.I. |  |
| FECHA NACIMIENTO: |  |
| EDAD: |  |
| TELEFONOS DE CONTACTO: |  | **-** |  | **-** |  |
| E-MAIL: |  |
| DOMICILIO DEL FEDERADO: |  |
| CODIGO POSTAL: |  |
| LOCALIDAD: |  |
| PROVINCIA: |  |
| CLUB AL QUE PERTENECE: |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ACCIDENTE** |
| FECHA DE OCURRENCIA: |  |
| LUGAR (Pista/Pabellón): |  |
| LOCALIDAD: |  |
| PROVINCIA: |  |
| ENTRENAMIENTO: |  |  | PARTIDO: |  |
| (ponga una **X** donde proceda) |
| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:  |

|  |
| --- |
| Por el presente manifiesto que estoy informado/a que **NO** puedo ser alineado/a en ningún partido ni realizar actividad deportiva mientras no haya recibido el **ALTA MEDICA** como consecuencia de haber finalizado el tratamiento médico prescrito, y me comprometo a utilizar para mi tratamiento y recuperación los centros médicos que recoge el Protocolo de la F.BM.C.V. para casos de accidente deportivo durante la práctica del Balonmano (entrenamientos y partidos), siguiendo las pautas medicas indicadas. Una vez tenga la mencionada **ALTA MEDICA** la remitiré a la F.BM.C.V. para que me autorice a ser alineado/a. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fdo.: |  |

Enviar a:

* Correo electrónico:
	+ prensa@fbmcv.com
	+ delegacionvalencia@fbmcv.com
	+ delegacionalicante2@fbmcv.com