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](mailto:prensa@fbmcv.com)
  + [delegacionvalencia@fbmcv.com](mailto:delegacionvalencia@fbmcv.com)
  + [delegacionalicante2@fbmcv.com](mailto:delegacionalicante2@fbmcv.com)