



ESCUELA COMARCAL DE BALONMANO

ALTO PALANCIA

Formulario de Inscripción 18/19

Datos Personales del Deportista

Nombre: _____ Apellidos: _____
Dirección: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
DNI: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/____ Telf. Contacto: _____
E-mail: _____

Padre, Madre o Tutor

Padre: _____ DNI: _____
Telf. Contacto: _____ E-mail: _____
Madre: _____ DNI: _____
Telf. Contacto: _____ E-mail: _____

Datos Bancarios para el Giro de las Cuotas

Titular de la cuenta: _____ BIC/SWIFT: _____
Entidad Bancaria: _____ IBAN: ES _____

Declaración y Autorización:

D. / Dña. _____

DECLARO:

1º.- Que todos los datos expresados en el Formulario de Inscripción y en la Ficha Sanitaria son ciertos.

2º.- Que cedo al Club Balonmano Virgen de Gracia Altura, en adelante denominado como Club, los derechos que tengo sobre mi imagen o la de mi representado cuando esta se reproduzca en fotografías y videos tomados en todas las actividades realizadas a través del Club. En consecuencia, autorizo al Club a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización. Tanto las fotografías como los videos podrán reproducirse en todo soporte e integrados en cualquier otro material conocidos o por conocer. Las fotografías y los videos tomados podrán explorarse en todo el mundo y en todos los ámbitos, directamente por el Club o cedidas a terceros. Autorizo la utilización de su imagen en todos los contextos relativos al Club. También se entiende que el Club prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

El firmante reconoce por otra parte, no estar vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su nombre o su imagen, suyo o de su representado.

NO

3º.- Autorizo a que desde la fecha de la presente autorización, domicilie en el número de cuenta de los datos bancarios todos los recibos correspondientes a las cuotas de inscripción según lo previsto por la Ley 16/2009 de servicios de pago. NO

4º.- Conocer que mis datos personales y los de mi representado menor de edad van a ser incorporados a una base de datos, propiedad de la Federación de Balonmano de la Comunidad Valenciana y del Club, creado con la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información del Club o la Federación, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiento expresamente y que, en cualquier momento, podré ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y/o Rectificación, mediante un escrito y acreditando mi personalidad dirigido al Club.

5º.- Autorizo al menor que represento a viajar en vehículo privado de personas afines al Club durante el desarrollo de las actividades organizadas por el Club y/o la Federación durante la Temporada, que conozco y acepto el programa de actividades previstas y que la persona firmante se hace cargo de toda la responsabilidad derivada de su actuación, siempre y cuando el viaje en vehículo privado se desarrolle dentro de la legalidad vigente. NO

En _____, _____ de _____ de _____

Nombre: _____

DNI: _____

(marcar lo que corresponda)

como mayor de edad / padre / madre / tutor

Firma:



ESCUELA COMARCAL DE BALONMANO

ALTO PALANCIA

Ficha Sanitaria

Datos del Deportista

Apellidos: _____ DNI: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
E-mail: _____ Telf. Contacto: _____

Datos de Contacto de Emergencia

Padre/Tutor: _____ Telf.: _____
Madre/Tutora: _____ Telf.: _____

Datos Sanitarios

Nº SIP: _____ Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____

Enfermedades pasadas: Sarampión Hepatitis Asma Cardiacas

Otras _____

¿Padece actualmente alguna Enfermedad? ¿Cuál? _____ NO

¿Sigue algún tratamiento médico? ¿Cuál? _____ NO

¿Tiene alguna Enfermedad crónica? ¿Cuál? _____ NO

¿Sigue alguna Dieta o régimen especial? ¿Cuál? _____ NO

¿Sufre alguna Intolerancia Alimentaria? ¿Cuál? _____ NO

¿Sufre alguna Lesión Recurrente? ¿Cuál? _____ NO

¿Es Alérgico a algún MEDICAMENTO? ¿Cuál? _____ NO

¿Otras Alergias? _____ NO

Vacunas Recientes: _____

Otros Datos Sanitarios de interés: _____

Especifique si hay algún detalle que requiera una atención y cuidado especial:

Autorizo que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica,

Firma del Deportista:

Firma del Padre/Madre/Tutor/Tutora

(marcar lo que corresponda)

D.N.I.: _____