



Escola d'Hoquei Gel 2016-2017



Dades de l'esportista:

Cognoms:

Nom:

Adreça:

Població:

CP:

Data de naixement:

Telèfons de contacte:

e-mail:

DNI:

Passaport:

Soci del Poliesportiu SI/NO Núm. de soci:

Informació mèdica:

Núm. de tarjeta sanitaria:

Antecedents mèdics i quirúrgics:

Tractament mèdic, al·lèrgies, etc...:

Lesions anteriors:

Informació important:

Autorització de cobrament de rebuts per domicialització bancària

Caixa o Banc:

Titular del compte:

DNI:

IBAN: ES _

Puigcerdà, a de de 2016/2017

Signatura:

Autorització:

Nom:

Cognom:

DNI:

Autoritzo al meu fill/a:

a participar a les activitats del Hoquei Base del Club Gel Puigcerdà, així com a viatjar amb el Club.

Tant mateix, autoritzo als responsables del Club, a prendre les mesures oportunes en cas d'accident o malaltia, deslliurant-los de qualsevol responsabilitat derivada de situacions provocades pel comportament inadequat del meu fill/a

Puigcerdà, a de de 2016/2017

Signatura: