

ESCUELA DEPORTIVA DE NAVIDAD - CURSO 2018-19

DATOS DEL INSCRITO

NOMBRE (NIÑO/A):			
APELLIDOS:			
TLF. MADRE:		TLF. PADRE:	
TLF. OTRO:		TLF. OTRO:	
DIRECCIÓN:			
C.P.:		POBLACIÓN:	
FECHA NACIMIENTO:		EDAD:	
CORREO ELECTRÓNICO:			

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA

D./Dña. _____
 ____ con DNI _____ como madre, padre o tutor/a de _____ y representante legal de la persona arriba indicada; le **AUTORIZO** a asistir a la Escuela Deportiva, organizada por la Federación de Hockey de la Comunidad Valenciana en el Polideportivo Virgen del Carmen-Beteró situado en la calle Campillo de Altobuey, 1 de Valencia y **AUTORIZO** su salida del polideportivo para realizar las actividades propias del día previstas.

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA

Así mismo, comunico a la Escuela Deportiva de Navidad de la FHCV que las **personas autorizadas** a recoger a mi hijo/a, son las que a continuación se relacionan, dándome por enterado/a que bajo ningún concepto podrá ser recogido/a por otra persona que no figure en esta relación. A la hora de recoger al alumno/a deberá identificarse con DNI, Tarjeta de Residencia o documento oficial.

D.Dña _____ con DNI _____
 D.Dña _____ con DNI _____
 D.Dña _____ con DNI _____
 D.Dña _____ con DNI _____

Firma padre, madre o tutor/a: _____

SERVICIOS CONTRATADOS

MARCAR CON UNA "X"	SEMANA	MIÉRCOLES		JUEVES			VIERNES		
		De 8:00 a 15:00h Comedor	De 15:00 a 17:00h	De 8:00 a 15:00h Comedor	De 15:00 a 17:00h	De 8:00 a 15:00h Comedor	De 15:00 a 17:00h		
26, 27, 28 DICIEMBRE 2018	1								
2, 3, 4 ENERO 2019	2								

Indicar descuento familiar:

- Dos hermanos/as (10%Dto)
 Tres ó más hermanos/as (15%Dto)

El descuento familiar se aplicará en todos los servicios contratados compartidos.

Autorizo a la FHCV a que me envíe información sobre actividades y promociones de la instalación, firmo en este espacio para comunicarlo _____

Autorizo a la FHCV a que a realizar fotografías o vídeos durante las actividades para poder utilizarlas con fines publicitarios y de promoción de las actividades deportivas, firmo en este espacio para comunicarlo _____

ADJUNTAR: Fotocopia del DNI padre, madre o tutor/a, fotocopia de cartilla SIP niño/a y el resguardo del pago bancario indicando el nombre del niño/a.

EL INGRESO HA DE REALIZARSE POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Siendo imprescindible presentar junto con esta inscripción el resguardo de pago

Banco Sabadell: ES07 0081 1477 4000 0107 1908

DATOS MÉDICOS

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A	
Nombre:	Apellidos:
DNI:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	
Tlf 1:	Tlf 2:
En caso de necesidad informar al Sr./a:	
Tlf 1:	Tlf 2:
Grupo Sanguíneo:	Factor:
HISTORIA CLÍNICA	
Enfermedades que padece o es propenso/a	
Asma	NO – SI especificaciones:
Bronquitis	NO – SI especificaciones:
Resfriado	NO – SI especificaciones:
Afecciones del oído	NO – SI especificaciones:
Afecciones de la nariz	NO – SI especificaciones:
Afecciones de los ojos	NO – SI especificaciones:
Convulsiones	NO – SI especificaciones:
Desmayos	NO – SI especificaciones:
Epilepsia	NO – SI especificaciones:
Otras	
Es alérgico/a a:	
Comidas	NO – SI especificaciones:
Picaduras de insectos	NO – SI especificaciones:
Medicamentos	NO – SI especificaciones:
Polvo/Polen	NO – SI especificaciones:
Otros	NO – SI especificaciones:
¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?	
¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?	
¿Tiene problemas por exposición al sol?	
Otros datos de interés:	

Según mi leal consentimiento, declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.

Fecha: __ / __ / ____

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado, y Nº DNI
