

## ESCUELA DEPORTIVA DE PASCUA – 2019

### 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 Pascua 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"	MARTES		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
<b>23, 24, 25 y 26 de ABRIL</b>									

#### 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 N° DNI

---