



ASSOCIACIÓ ESPORTIVA HOQUEI LÍNIA IGUALADA

BUTLLETA D'INSCRIPCIÓ

Nom: _____ Cognoms: _____

Data de naixement: / / Lloc: _____ Escola: _____

Fill de : _____ i de: _____

DNI : _____ Núm. CAT. Salut: _____

Adreça: _____

Ciutat: _____ Tel. Fix: 93 _____ Mòbil: _____

En majúscules e-mail: _____

En/na _____ amb DNI _____

Com a pare/mare, autoritzo al meu fill/a a realitzar els desplaçaments requerits per l'Igualada H.L. per tal d'anar a competir en els diversos torneigs i encontres lluny del nostre club.

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdiques que calgui adoptar per part dels representants del club en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa pertinent.

Igualada, de del 201

Signatura de la persona que l'autoritza: _____

DADES PERSONALS

Les dades personals que es fan constar en aquest document, sols seran utilitzades per l'ús de registre a la F.C.P. i el servei intern del club, sense ser cedit a tercers, excepte en el supòsits legalment establerts.

Tanmateix l'informem que imatges i/o videos dels jugadors/es del club poden aparèixer a la nostra pàgina web i/o fulletons publicitaris de les activitats del club i també de FECAPA.

Poden exercir el seu dret d'accés, rectificació, cancel·lació u oposició amb una nota adreçada al club.

Al correu presidencia@hligualada.net

ASSEGURANÇA MEDICA

Amb el present document, afirmo haver estat informat del funcionament de l'assegurança esportiva que inclou la llicència i que en cas de no seguir el procediment establert hem faré càrrec de les despeses corresponents.