

1. EL SR. / SRA. (a omplir pel responsable del club)

Nom i Cognom del President/ta JORDI VILARÓ DUARTE

Nom i Cognom de l'Entrenador/ra _____

Club A.E. SANT GREGORI Categoria _____ Grup _____

És obligatori el nom i la signatura dels dos responsables del club.

DECLARA:

1.1. DADES DELS ESPORTISTES LESIONATS (a omplir pel responsable del club)

Cognoms / Nom: _____

Domicili: _____

Població: _____ CP _____ DNI _____

Data de Naixement: ____ / ____ / ____ Telèfon: _____ Mòbil: _____

E-mail: _____

1.2. ACCIDENT I LESIONS PRODUÏDES (a omplir pel responsable del club)

Data del accident: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Lloc: _____

Direcció: _____

Produït durant: Partit de Lliga Entrenament Desplaçament Partit amistós

Detall de lesions: _____

2. INFORMACIÓ MÈDICA (a omplir pel metge responsable de l'assistència)

Data de la primera assistència: _____

Centre / Mèdic primera cura: _____

Diagnòstic provisional: _____

Duració probable de la lesió: _____

El firmant del present document es compromet a recavar el consentiment exprés de l'esportista lesionat per que MCF pugui efectuar els tractaments de les dades recollides al dors del present document. La signatura del present document suposa l'acceptació expressa de la política de protecció de dades recollida al dors del present document.

Sota la meua responsabilitat, certifico l'autenticitat i veracitat de les dades anteriorment consignades i, en prova de això, signo aquest document.



[Signature]
President/a (signatura)

Entrenador/ra (signatura)

Lesionat/da (signatura)

Dr./Dra. (signatura)

Col·legiat/da núm. _____