

		ADJUNTA FOTO + FOTOCOPIA DNI JUGADOR/A + FOTOCOP, DNI PADRE/MADRE	
SOCIO CLUB HOCKEY POZUELO			
ALTA		BAJA	
NOMBRE Y APELLIDOS JUGADOR/A			
DOMICILIO			COD. POST.
POBLACION			PROVINCIA
FECHA NCTO.	DNI	MOVIL	
TELEFONO 1	TLFNO 2	FAX	
E-MAIL			
AUTORIZACION MENORES 18 AÑOS			
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE/TUTOR			
DNI	TELEFONO 1	MOVIL	
E-MAIL			
DOMICILIACION BANCARIA			
BANCO O CAJA			
	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.
			CUENTA
TITULAR DE LA CUENTA			
ACEPTACION "Reglamento Disciplina Interna Club Hockey Pozuelo"			
HACE CONSTAR QUE:		CONOCE EL CONTENIDO DEL REGLAMENTO Y COMO SOCIO SE COMPROMETE A RESPETAR EL CUMPLIMIENTO DE SUS NORMAS	
FECHA:		COMPROMISO MENORES 18 AÑOS	
FIRMA Y DNI SOCIO/JUGADOR:		FIRMA Y DNI PADRE/MADRE/TUTOR:	
DNI:	DNI:		
RECONOCIMIENTO MEDICO			
EL CLUB HOCKEY POZUELO RECOMIENDA A TODOS SUS JUGADORES/AS SE REALICE UN RECONOCIMIENTO MEDICO QUE LE GARANTICE LA PRACTICA DEPORTIVA E INFORMA ESTE PUEDE REALIZARSE EN LOS SERVICIOS MEDICOS CONVENIADOS CON EL CH POZUELO (solicitar informacion)			
FIRMA "Conforme y Enterado":			
AUTORIZACION DESPLAZAMIENTOS			
AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR Y DESPLAZARSE CON EL CLUB HOCKEY POZUELO EN LAS COMPETICIONES EN LAS QUE ESTE INSCRITO Y A LAS PERSONAS QUE LE REPRESENTEN PARA QUE DISPONGAN LIBREMENTE LO QUE CONSIDEREN MAS ADECUADO EN CUANTO A NORMAS DE DISCIPLINA, TRANSPORTE,ALOJAMIENTO, ALIMENTACION, ACTIVIDADES, ETC.			
FIRMA "Conforme y Enterado":			
DATOS DE INTERES MEDICO			
RELACIONAR TODOS AQUELLOS DATOS DE INTERES MEDICO QUE BENEFICIEN O FACILITEN EL TRABAJO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN CASO DE INTERVENCION MEDICA POR LESION , ACCIDENTE DEPORTIVO O GENERAL POR LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA Y/O EN LOS DESPLAZAMIENTOS.			
FIRMA "Conforme y Enterado":			