



FORMULARIO INGRESO PARTICIPANTE

Evento: **CAMPAMENTO DE DESARROLLO Y TECNIFICACION**

FEMENINO HOCKEY HIELO

4-10/09/2016 Localidad: Majadahonda Fecha:

PARA PODER SER APTO PARA PARTICIPAR EN UN EVENTO AUTORIZADO Y BAJO CONTROL DE LA IIHF/FEDH, EL PARTICIPANTE, PADRES/TUTORES, Y LA FEDERACION NACIONAL DEBEN CUMPLIMENTAR Y FIRMAR ESTE DOCUMENTO. EL PARTICIPANTE DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO RELLENADO Y FIRMADO ANTES O/A SU LLEGADA AL EVENTO.

	Nombre	Día/Mes/Año	
Dirección		Numara Daganarta	
Dirección		Numero Pasaporte	
Distrito Postal Ciudad	País	Teléfono	
Seguridad Social / Seguro Salud		Numero del Seguro	
Seguridad Social / Seguro Salud		Numero dei Seguio	
Nombre de la Madre		Teléfono del Trabajo	
Nombre del Padre		Teléfono del Trabajo	
TVOITIBLE GELL GOLD		Telefolio del Trabajo	
Correo electrónico:			
Persona de contacto en c	aso de accidente o eme	ergencia si no se puede	contactar
con los padres/tutor:		9	
Nombre		Teléfono	
Dirección	Código Postal	Ciudad	País
Direction	Obdigo i Ostai	Olddad	i ais
Nombre del Medico		Teléfono	
Federación Nacional		Club	
Federación Española Deportes	s de Hielo		
DOD FAVOR MARCAR LA RECRUI	TOTA ADDODIADA OLIF CONCL		
POR FAVOR MARCAR LA RESPUI		ERNE AL PARTICIPANTE:	Si No
Gafas	Si No Problem	nas con la respiración en ejercicios	Si No
Gafas Lentes Inastillables	Si No Problem		Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica	Si No Problem Señales Historia Enferm	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos	Si No Problem Señales Historia Enferm Paso no	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes	Si No Problem Señales Historia Enferm Paso no Alguna Actualn	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma	Si No Problen Señales Historia Enferm Paso no Alguna Actualn Actualn	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación nente lesionado	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma Epilepsia	Si No Problen Señales Historia Enferm Paso no Alguna Actualn Actualn	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma Epilepsia Problemas de corazón Ultima vacuna antitetánica	Si No Problen Señales Historia Enferm Paso no Alguna Actualn Actualn	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación nente lesionado	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma Epilepsia Problemas de corazón	Si No Problen Señales Historia Enferm Paso no Alguna Actualn Actualn Algún p	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación nente lesionado	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma Epilepsia Problemas de corazón	Si No Problen Señales Historia Enferm Paso no Alguna Actualn Actualn	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación nente lesionado	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma Epilepsia Problemas de corazón	Si No Problem Señales Historia Enferme Paso no Alguna Actualn Actualn Algún p	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación nente lesionado	Si No
Gafas Lentes Inastillables Cualquier aplicación dental Brazalete de alerta medica Problemas auditivos Alergias Diabetes Asma Epilepsia Problemas de corazón	Si No Problem Señales Historia Enferme Paso no Alguna Actualm Actualm Algún p Día Mes Añ o	nas con la respiración en ejercicios s de desmayo durante ejercicios al conmoción cerebral edad que duró mas de una semana oche en el hospital en el ultimo año operación en el ultimo año nente toma medicación nente lesionado	Si No



- LIDERAR LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DEL HOCKEY HIELO ESPAÑOL -







DOD FAVOR DAD DETAILED OF HA CONTECTADO OF A CHALCHIEDA DE LAC DESCRIPTAC DEFUAC. V
POR FAVOR DAR DETALLES SI HA CONTESTADO <u>SI</u> A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS PREVIAS, Y AÑADIR CUALQUIER INFORMACIÓN QUE NO ESTE REFLEJADA ANTERIORMENTE:
Yo, el abajo firmante, declaro, en mi honor que:
a) Yo entiendo, que la IIHF/FEDH podrá expulsar cualquier participante de un evento de la
IIHF/FEDH en caso de que el participante no se comporte de acuerdo a las reglas establecidas para tal evento. También estoy al corriente que seré responsable por los gastos que incurra en
relación a este evento que a continuación se mencionan;
b) Yo entiendo, que es mi responsabilidad de informar a la ejecutiva del equipo de la IIHF/FEDH de cualquier cambio de la información otorgada y arriba mencionada lo antes posible y que en caso de que nadie pueda ser contactado, la ejecutiva del equipo podrá llevar a mi hijo(a) en caso de necesidad, recibir atención medica;
c) Yo, por la presente, autorizo a médicos y personal asistente de emprender cualquier
reexaminación, investigación y el tratamiento necesario de mi hijo(a); y
d) Yo, también autorizo la cesión de información al personal apropiado (Entrenador, Medico) según sea la necesidad.
Firma del Padre/Tutor: Fecha:
Firma del Padre/Tutor: Fecha:
Firma del Jugador: Fecha:
La Federación Nacional confirma que: a) Que la IIHF/FEDH, ni la Organización por parte de la Federación Nacional, estarán sujetos a ser responsables de cualquier lesión o enfermedad del participante cuando participe en un evento de la IIHF como quiera que pueda surgir y que es nuestra responsabilidad de aceptar el riesgo y/o de tomar o formalizar el seguro necesario; y b) Que seremos responsables por los daños a terceros o propiedad que resulte de las acciones de
los participantes y aceptar el riesgo y que es nuestra responsabilidad de aceptar el riesgo y de tomar un seguro a terceros y que nosotros indemnizaremos, defenderemos y protegeremos a la
IIHF de cualquier reclamación a terceros.
Fecha:
Firma Federación Nacional: Sello:
Controlado por la IIHF/FEDH
Firma: Fecha:
El control por la IIHF/FEDH constituye de que la IIHF/FEDH reconoce de que el Formulario de Ingreso del Participante
ha sido recibido, que los detalles corresponden con el pasaporte del jugador y que el Formulario de Ingreso del Participante esta firmado por el jugador, padre/tutor y la Federación Nacional.
Precio del campamento: 240 € Pensión completa / 80 € Jugadoras con licencia en el SAD MAJADAHONDA (solo con comida)

JUEGO LIMPIO RESPETO
- LIDERAR LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DEL HOCKEY HIELO ESPAÑOL -

120 € Jugadoras que quieran solo la comida del mediodía.

ES15 2100 3060 54 2201700817



Fecha límite inscripción: Num. De cuenta FEDH:

Concepto: "CDTF + Nombre"