



AUTORITZACIÓ DE TRANSPORT (Temporada 2017-2018)

Club Bàsquet Palafolls

Tel. Administració: 661845519

Tel. Direcció esportiva: 646201094

cbpalafolls@gmail.com

www.cbpalafolls.org

Sr/a _____ amb DNI _____

com a pare/mare/tutor/a del jugador/a _____

de l'equip _____ **autoritzo** / **no autoritzo** sota la meua responsabilitat al

desplaçament del meu fill/a amb altres pares/mares/tutors/es en els trajectes entre entrenaments i/o partits en un vehicle aliè al

propi i **autoritzo** / **no autoritzo** que pugui marxar finalitzada la sessió d'entrenament i/o partit pel seu propi peu al

domicili familiar o lloc indicat.

INFORMACIÓ MÈDICA DE L'ESPORTISTA (Temporada 2017-2018)

El jugador/a _____ de l'equip _____

Pateix / **No pateix** cap tipus d'al·lèrgia. **Pateix** / **No pateix** cap tipus de patologia crònica que l'entrenador/a o cos

tècnic hagin de tenir en compte pel benestar del jugador/a.

En cas afirmatiu:

Quin/a al·lèrgia o patologia crònica pateix? _____

Consideracions que han de tenir els entrenadors del vostre fill/a: _____

Telèfon de contacte del pare/mare/tutor en cas d'emergència _____ i nom _____

2n Telèfon de contacte del pare/mare/tutor en cas d'emergència _____ i nom _____

El personal del Club no està autoritzat a administrar cap medicament o tractament. Aquesta informació es tractarà confidencialment.

Agraïm la vostra col·laboració. Envieu aquest full omplert a l'adreça cbpalafolls@gmail.com especificant el vostre nom o entregueu-lo imprès i omplert al delegat/da del vostre equip.

Signatura del pare/mare/tutor/a:

Data: ____/____/201__