

Nombre de la jugadora:

Fecha de Nacimiento:

Nº de documento:

Teléfono particular:

Celular madre-padre-tutor o encargado:

Mail que se chequee con frecuencia:

Autorizo a mi hija \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
a integrar los equipos de hockey representativos del Club de Regatas Bella Vista y a realizar todas las actividades relacionadas con dicho deporte tanto de local como de visitante durante todo el año 2020.

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre, tutor o encargado

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Llamar a:

-  
-

Trasladar a alguno de los siguientes centros de salud:

-  
-  
-

Obra Social/Prepaga: \_\_\_\_\_ No de afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

Información de salud de la jugadora que debamos tener en cuenta: