

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DE LESIONES DEPORTIVAS

Temporada 11 / 12

FEDERACIÓN DE JUDO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Delegación: NORTE

Nº Póliza: 2340

Siniestro:

1. DATOS DEL DEPORTISTA LESIONADO

Apellidos / Nombre: _____

Domicilio: _____

Población: _____ C.Postal: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____ Móvil: _____

2. DATOS DE LA FEDERACIÓN / CLUB

Federación deportiva: _____

Licencia del club: _____

Categoría deportista: _____

3. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE Y LESIONES PRODUCIDAS

Fecha del accidente: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Domicilio: _____

Producido durante:

Competición oficial	<input type="checkbox"/>	Entrenamiento	<input type="checkbox"/>
Competición amistosa	<input type="checkbox"/>	Desplazamiento	<input type="checkbox"/>

Detalle de lesiones: _____

4. INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de la primera asistencia: _____

Centro / Médico primera cura: _____

Diagnóstico provisional: _____

Duración probable de la lesión: _____

Nombre y apellidos _____ (Responsable del club que firma esta declaración)		
Club (sello)	Responsable (Firma)	Lesionado (Firma)