



FEDERACION DE BALONCESTO REGION DE MURCIA Temporada 2019-2020



NUMERO DE POLIZA: COLECTIVO 900209

PARTE DE ACCIDENTE

El **jugador/a senior, Técnico/a, Arbitro** (indicar modalidad),, inscrito en la **FEDERACION DE BALONCESTO DE LA REGION DE MURCIA** en la temporada **2019/2020** con fecha/....../....., licencia/DNI.....

D./Dña.....

con DNI nº, nacido/a el día/....../....., domiciliado/a en, perteneciente al Club....., ha sufrido el accidente el día/....../..... a las : h. en el centro.....practicando la actividad deportiva **baloncesto** o en el desplazamiento desde..... apara participar en.....

Descripción del accidente lo más detallada posible (zona/s afectada, mecanismo de lesión, etc.):

Parte fechado en.....a, de..... de

Nombre, apellidos y D.N.I. del Responsable del Equipo que firma el presente parte de lesiones.

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del deportista que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen a un registro informatizado titularidad de la Federación de Baloncesto de la Región de Murcia, e informarle que le asisten los derechos contenidos en el art. 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

Firma Accidentado

Firma y Sello Club

Firma y Sello F.B.R.M

INFORME MÉDICO PRIMERA ASISTENCIA

Médico o Centro Sanitario de atención de urgencia/inmediata:

Tras su reconocimiento el accidentado presenta:

.....
.....
.....

Habiendo prescrito el siguiendo tratamiento:

.....

OBSERVACIONES:

En, a de de

Fdo.:

*La presentación de este parte de lesiones es imprescindible para la correcta tramitación del expediente de accidente deportivo. La no presentación del mismo en 24 horas (lunes fines de semana) supondría la no aceptación del mismo como tal y por lo tanto la no cobertura sanitaria por el concierto firmado entre la FEDERACION DE BALONCESTO DE LA REGION DE MURCIA y ASISA.