

PART D'ACCIDENTS CBP

Nom i cognoms: _____

DNI: _____ Data de naixement: _____ Edat: _____

Domicili: _____ C.P: _____

Localitat: _____ Província: _____

Telèfon: _____ Categoria: _____

Data d'ocurrència: _____

Lloc d'ocurrència (partit/ entrenament, pavelló/pista exterior,...): _____

Forma d'ocurrència: _____

Lloc de la lesió: _____

Atenció sanitària a: _____

Entregar aquest full a l'entrenador.

Per qualsevol dubte :

Mari 646837701.

Atentament; C.B.Parets.

INFORMACIÓ:

CATEGORIA + CENTRES D'ATENCIÓ SANITÀRIA:

Escola a Cadet: Hospital de Granollers.

Av. Francesc Ribas S/N T: 938425000

Junior a Master: Mutua del Carme (Granollers).

Plaça Pau casals nº 15 T: 938708099