CLUB DEPORTIVO MALLILA

PRE-INSCRIPCIÓN TEMPORADA 2023-2024



RELLENAR ÚNICAMENTE LOS ESPACIOS SOMBREADOS EN AZUL NO DELLENAD LOS ESDACIOS SOMBDEADOS EN COIS (DESEDVADO DADA ADMINISTRACIÓI

Matrícula:	Categoría:	••••••	Equipo:	Rev. Médica:
JUGADOR/A:	, , ,			`
Nombre:	Apellio	dos:		
Domicilio:		••••••	DNI:	-
Población:		D.P.:	Provincia:	
Telf.:	Otro Telf.:	E-Mail:		
Fecha nacimiento:	Lugar nacim	niento:	Nacionalida	ıd:
PADRE O TUTOR L	EGAL:			
Nombre:	Apellio	dos:		
Telf.:	Otro Telf.:	E-Mail:		
	<u> </u>	<u> </u>	DNI:	-
MADRE O TUTORA	\ FGA ·			
Nombre:	Apellio	dos:		
Telf.:	Otro Telf.:	E-Mail:		
	• •		DNI:	
Autorizo a que mi hijo/	′a MENOR DE EDAD acuda/re	anasa al Club v sus actividad	los per su suente	sí O NO O
			ies oor su cuenta	
		-	·	
DOMICILIACIÓN D	E PAGOS DE LAS CUOTA:	-	mbre Entidad:	
DOMICILIACIÓN D Cuenta:	E S	-	nbre Entidad:	
DOMICILIACIÓN D	E S	-	·	
DOMICILIACIÓN D Cuenta: Titular de la cuenta:	E S	S Nor	nbre Entidad: DNI:	
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	S Nor - S OBIGATORIAMENTE Proporciona el Club (240,- €	nbre Entidad: - DNI: UNA DE LAS 2 OPC) y pago en Secretaría a	- -
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par	E PAGOS DE LAS CUOTA: E S	S Nor - S OBIGATORIAMENTE Proporciona el Club (240,- €	nbre Entidad: - DNI: UNA DE LAS 2 OPC) y pago en Secretaría a	- -
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	S Nor - S OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,-€ ncorporará a la cuota de no	nbre Entidad: - DNI: UNA DE LAS 2 OPC) y pago en Secretaría a	- -
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no	nbre Entidad: - DNI: UNA DE LAS 2 OPC) y pago en Secretaría a viembre	IONES): ntes del 11-12-2023
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no	DNI: UNA DE LAS 2 OPC I y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept.	- - -
DOMICILIACIÓN D Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no	DNI: UNA DE LAS 2 OPC I y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept.	IONES): ntes del 11-12-2023
DOMICILIACIÓN D Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de DOCUMENTACIÓN Fotocopia del DNI del	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no	DNI: UNA DE LAS 2 OPC I y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept.	- - -
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de DOCUMENTACIÓN Fotocopia del DNI del Si jugador no tiene D	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no	DNI: UNA DE LAS 2 OPC I y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept.	- -
Cuenta: Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de DOCUMENTACIÓN Fotocopia del DNI del Si jugador no tiene D Revisión médica (Se in	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no	nbre Entidad: - DNI: UNA DE LAS 2 OPC] y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept. uotas de	IONES): ntes del 11-12-2023 1-Nov. 1-Enero 1-Marzo
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de DOCUMENTACIÓN Fotocopia del DNI del Si jugador no tiene D Revisión médica (Se in Justificante del ingre	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no Re C Valencia Amilia	DNI: UNA DE LAS 2 OPC) y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept. a de	- - -
Cuenta: Cuenta: Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de DOCUMENTACIÓN Fotocopia del DNI del Si jugador no tiene D Revisión médica (Se ir Justificante del ingre	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,-€ ncorporará a la cuota de no Rí Valencia Firma obligatori Malilla, el jugador se compromete	nbre Entidad: - DNI: UNA DE LAS 2 OPC] y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept. uotas a de a: a conocer y aceptar todas las	IONES): Intes del 11-12-2023 1-Nov. 1-Enero 1-Marzo de 20 Inter de l'Reglamento de Régimen
Cuenta: Titular de la cuenta: VENTA DE LOTERÍ Vendo las par Pago los bene Pagada la cuota de DOCUMENTACIÓN Fotocopia del DNI del Si jugador no tiene D Revisión médica (Se ir Justificante del ingre CONDICIONES GENERAI Interno y Régimen Discip	E PAGOS DE LAS CUOTAS E S	R OBIGATORIAMENTE proporciona el Club (240,- € ncorporará a la cuota de no Valencia Firma obligatori Malilla, el jugador se compromete ones de inscripción". En el caso de	nbre Entidad: - DNI: DNI: UNA DE LAS 2 OPC] y pago en Secretaría a viembre esto de 1-Sept. uutas a de a: a conocer y aceptar todas las jugadores menores de edad, ex	IONES): Intes del 11-12-2023 1-Nov. 1-Enero 1-Marzo de 20 Inter de l'Reglamento de Régimen

medios que este estime convenientes. Así mismo en el caso de que los desplazamientos se realicen en coches particulares bien del jugador o sus familiares o los familiares de otros jugadores, el Club queda excluído de cualquier responsabilidad.

RECONOCIMIENTO MÉDICO: Manifiesto que teniendo el propósito de inscribir a mi hijo/a en la Escuela de Fútbol del CD MALILLA, hasta poder gestionar en el Club su alta como jugador en la Federación de Fútbol de la Comunidad Valenciana, y por lo tanto su afiliación en la MUTUALIDAD DE PREVENCION SOCIAL DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA, habiendo leído y comprendido lo expuesto anteriormente; SOLICITO que mi hijo/a asista a los entrenamientos y partidos no oficiales y/o amistosos a los que sea convocado durante la fase de pruebas de admisión, y me comprometo a que en el caso de que mi hijo/a pueda sufrir algún tipo de lesión o accidente durante los desplazamientos, entrenamientos y/o partidos, a no presentar ningún tipo de reclamación a la Escuela del C. D. MALILLA. Acudiendo para que sea atendido a los centros médicos que me corresponden bien a través de la Seguridad Social o de mi Seguro de Asistencia Médica Privado, corriendo estos Centros o

LOPD: Se ACEPTA la política de Protección de Datos del Club y se AUTORIZA al CLUB DEPORTIVO MALILLA de Valencia a la captación y al uso de la imagen, nombre y/o voz del menor en cualquier medio técnico y a través de cualquier forma de comunicación, siempre en relación con actividades propias del Club. Mediante la presente se DECLARA conocer los documentos elaborados por el Club, publicados en la página web oficial.

yo mismo/a con los gastos que se deriven de la asistencia médica. En el caso de ser jugador mayor de edad realizo esta declaración en nombre propio.

Protocolo en caso de lesión (jugadores federados): Manifiesto ser conocedor de los protocolos de actuación fijados por la Mutualidad de Futbolistas Españoles en caso de lesión de jugadores federados.

Protocolo de actuación frente a la violencia sexual: Manifiesto ser conocedor de los protocolos de actuación fijados por el Club, disponibles en su web corporativa.

Importante: Las inscripciones definitivas al CD Malilla quedan todas sujetas a la disponibilidad de plazas, y a la confirmación de la asignación de ésta por parte de la Dirección Deportiva del Club.