



CLUB VOLEY PLAYA CARTAGENA
C/ Manuel Wsell de Guimbarda, 46, 30204
Cartagena (Murcia)
Tlfs: 619 199 296 – 628 722 211
cvpcartagena@hotmail.com
www.cvpcartagena.com

TEMPORADA 2026-2027

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

				Nº Registro	
JUGADOR/A					
Nombre y apellidos:					
Fecha nacimiento:		Categoría:			
Teléfono personal:		DNI-NIE-Pasaporte:			
Correo electrónico:					
Domicilio jugador/a:					
Centro de estudios:		Barrio:			
Talla Sudadera		Talla Chándal:			
Talla camiseta:		Talla pantalón:			
FOTOGRAFÍA					
Patologías previas:					
FAMILIARES					
Nombre Madre:		Tlf. Madre:			
Correo electrónico:		DNI/NIE/Pasap.:			
Nombre Padre:		Tlf. Padre:			
Correo electrónico:		DNI/NIE/Pasap.:			

Por la presente, solicitamos la inscripción de nuestro hijo/a en el **CLUB VOLEY PLAYA CARTAGENA** para la **temporada 2026-2027**, y autorizamos su participación en aquellas actividades organizadas y/o autorizadas por el Club.

Autorizamos al **CLUB VOLEY PLAYA CARTAGENA** la captura, difusión y utilización de imágenes deportivas del jugador/a en aquellas actividades relacionadas con la actividad del Club y con entidades colaboradoras, así como la retransmisión en streaming de los partidos en los que participe nuestro hijo/a, y su publicación en medios digitales, escritos y redes sociales.

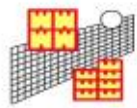
Autorizamos bajo nuestra responsabilidad el desplazamiento del jugador/a para aquellas actividades y competiciones en las que CLUB VOLEY PLAYA CARTAGENA se encuentre inmerso, en caso de no poder realizar el desplazamiento por nuestros propios medios.

Cartagena, a ____ de _____ de 202__

Fdo. Madre

Fdo. Padre

Fdo. Jugador/a:



De acuerdo con el art. 13 del Reglamento (UE) 2016/679, le informamos que los datos personales que se indican recogidos en este documento como anexo a la Licencia, serán tratados por la **Federación de Voleibol de la Región de Murcia (FVBRM)**, la **Real Federación Española de Voleibol (RFEVB)** y por su **Club**, con la finalidad de gestionar la relación federativa/deportista. La base jurídica que legitima el tratamiento de los datos está basada en la obtención del consentimiento del interesado, del interés legítimo del responsable y en cumplimiento de las leyes que regulan las Federaciones Deportivas Españolas. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación con la Federación y no se solicite su supresión y en cualquier caso en cumplimiento de plazos legales de prescripción que le resulten de aplicación. Finalizados dichos plazos, los datos serán destruidos. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición, mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI o documento equivalente en vigor dirigida a Federación de Voleibol de la Región de Murcia. Calidad de Datos. Calle Morera 56 - 1º Dcha - 30010 Murcia o por correo electrónico a calidaddedatos@qvass.com.es

Tratamiento de datos:

Datos personales: Nombre, apellidos, DNI, lugar y fecha de nacimiento, sexo, país de nacimiento, nacionalidad, firma, fotografía.

Datos de contacto: Dirección, código postal, municipio, provincia, teléfono, fax y correo electrónico.

- Autorizo a la FVBRM, a tratar los datos de salud, con la finalidad de gestionar las pruebas para el control de sustancias prohibidas en la práctica del deporte así como cualquier otra competencia o facultad de la FVBRM, conforme a la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de Junio, de protección de la salud y de la lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
- Acepto las condiciones de seguro de accidente y de responsabilidad civil contratado por esta Federación de acuerdo con la Ley del Deporte y los Decretos que la desarrollan. En caso de accidente me comprometo a seguir fielmente el protocolo de accidentes establecido.
- Declaro, bajo juramento o promesa, que me encuentro en perfecto estado para la práctica del Voleibol en cualquiera de sus especialidades, a los efectos de que la Federación acepta la misma en sus justos términos y le exima de la presentación del correspondiente certificado médico para la acreditación de tal extremo.
- Declaro, bajo juramento o promesa, que no padezco ni he padecido síntomas de ninguna enfermedad infecto-contagiosa que pudiera afectar a las personas que están en mi entorno. En caso de detectar o padecer algún síntoma de enfermedad infecto-contagiosa en el futuro, me comprometo a cumplir los protocolos deportivos y sanitarios correspondientes, así como a comunicarlo a la FVBRM y al Club.
- Manifiesto conocer que si las declaraciones que preceden no se corresponden con la realidad, eximo a la FVBRM y al Club de cualquier tipo de responsabilidad, aun en el supuesto de que concorra buena fe en las declaraciones.
- Autorizo a que mis datos sean cedidos a la Compañía Aseguradora, con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante una posible lesión o accidente deportivo.
- Autorizo la cesión de estos datos para su transmisión, si fuera necesario, a las Administraciones Públicas en cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social, Tributaria, Presupuestaria y Deportiva.
- Autorizo como titular de la licencia a que mis datos sean cedidos al Consejo Superior de Deportes y organismos de deportes nacionales y autonómicos, clubes deportivos, Comité Español de Disciplina Deportiva, Comité Olímpico Internacional, otros organizadores de eventos deportivos y Comisión contra la violencia, racismo, xenofobia y la intolerancia en el deporte.
- Me comprometo a actualizar cualquier cambio que se produzca en los datos facilitados.
- Autorizo expresamente a través de la suscripción de la licencia deportiva habilitada a la FVBRM a la captación de mi imagen en el desarrollo de la actividad deportiva, para su posterior difusión y/o cesión y/o venta directa durante el campeonato y/o directa e indirecta, a través de los medios generales.
- Que declaro conocer que las imágenes obtenidas por la FVBRM en el interior y exterior de los pabellones y recintos deportivos así como de las celebradas al aire libre de las actividades deportivas de competencia de la Federación, son propiedad exclusiva de la misma, así como que autoriza a la publicación de los resultados deportivos obtenidos en la competición en el medio que considere adecuado dicha Federación.

El consentimiento del titular sobre los datos anteriormente citados, en los puntos a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k son necesarios para la formalización de la licencia estatal de federado. **Si el interesado no consiente lo anterior, no se podrá formalizar la solicitud de licencia.**

- ☒ Autorizo como titular de la licencia a que mis datos sean cedidos a las entidades aseguradoras y de gestión de datos.
- ☒ Autorizo como titular de la licencia a que la FVBRM a trate mis datos de salud con la finalidad de gestionar el control médico y psicológico para ayuda del deportista. (Los datos se entenderá que serán utilizados cuando el federado entre en un nivel de pruebas, acceso o incorporación a la alta competición).
- ☒ Autorizo a recibir envíos de comunicaciones de gestión e informativas de la FVBRM por correo electrónico y/o mensajería instantánea.
- ☒ Autorizo a recibir envíos sobre patrocinadores de la Federación, con la finalidad de informar de los productos y servicios de interés.

Nombre y apellidos del Titular D. (DNI.....)

*** Si el titular es menor de edad, la solicitud ha de ir acompañada de la firma del padre, madre o tutor legal del menor y del consentimiento informado de autorización de federados menores de edad.

Datos del padre/madre/tutor D. (DNI.....)

Documento que se adjunta (marcar con X)

☒ Fotocopia del DNI/NIE/Pasaporte ☒ Autorización de menores ☒ DNI padre /madre / tutor legal

FIRMA del FEDERADO:

FIRMA del PADE/MADRE/TUTOR:

Lugar: CARTAGENA

Fecha: _____

Datos padre/madre/tutor		
Nombre y apellidos		DNI
Dirección		Código Postal
Localidad		Provincia
Teléfono móvil	Teléfono fijo	Correo electrónico

Como padre/madre/tutor del deportista:

Nombre y apellidos del Deportista:

Lugar y fecha de nacimiento: (/ /) D.N.I.:

Autorizo expresamente al menor a la práctica deportiva del Voleibol.

Con la presente autorización, manifiesto expresamente:

- ☐ Autorizo a tramitar la correspondiente Licencia Federativa.
- ☐ Aceptar el Anexo I de dicha Licencia.
- ☐ Autorizo a la competición derivada de la práctica deportiva y a los traslados que de ella se deriven.
- ☐ Autorizo a la presencia en Jornadas de Tecnificación, convocadas por la Federación de Voleibol de la Región de Murcia (FVBRM) y a los traslados de que ellas se deriven.
- ☐ Declaro conocer y aceptar las normas reguladoras de la actividad deportiva, estando plenamente conforme con las mismas, admitiendo el sometimiento de la potestad de dirección y/o disciplinaria de la FVBRM.
- ☐ Asumo voluntariamente los riesgos de la actividad deportiva y, en consecuencia, eximo a la FVBRM de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal exención no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia de la Federación.
- ☐ Otorgo mi consentimiento expreso e informado para el tratamiento de los datos de carácter personal facilitados en el presente documento y en el Anexo I al que hace referencia, siendo tratados por la FVBRM con la finalidad de gestión de licencias deportivas, competiciones y comité de disciplina deportiva, así como para el envío de comunicaciones informativas sobre actos, competiciones y eventos organizados por la Federación.

La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos está basada en la obtención de su consentimiento. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI o documento equivalente en vigor dirigida a Federación de Voleibol de la Región de Murcia. Calidad de Datos. Calle Morera 56 - 1º Dcha - 30010 Murcia o por correo electrónico a calidaddedatos@qaviss.com.es

Firma del padre/madre/tutor

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre y apellidos		
Teléfono móvil	Teléfono fijo	Correo electrónico

Este documento debidamente rellenado, debe subirse por el club a la APP de la Federación en el apartado "ADJUNTAR ARCHIVOS". Será imprescindible para autorizar la tramitación de la Licencia deportiva de cualquier persona menor de edad.