



IMPRESO DE SOLICITUD DE AYUDA
(descargable en anexos)

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

SEXO:	<input type="checkbox"/>	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDAD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROL:	<input type="checkbox"/>	JUGADOR/A	<input type="checkbox"/>	ENTRENADOR/A	<input type="checkbox"/>	ÁRBITRO/A	<input type="checkbox"/>	OTRO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TELÉFONO:

En caso de tratarse de una/un menor de edad, indicar los datos de contacto de su familia o de sus tutores/as legales.

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA AGREDIDA

En el caso de que la persona solicitante sea la agredida no hace falta rellenar.

SEXO:	<input type="checkbox"/>	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDAD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROL:	<input type="checkbox"/>	JUGADOR/A	<input type="checkbox"/>	ENTRENADOR/A	<input type="checkbox"/>	ÁRBITRO/A	<input type="checkbox"/>	OTRO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TELÉFONO:

TIPO DE VIOLENCIA

<input type="checkbox"/>	Física	<input type="checkbox"/>	Psicológica	<input type="checkbox"/>	Insultos	<input type="checkbox"/>	Sexual	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Imagen datos	<input type="checkbox"/>	RRSS	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESENTA LESIONES	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DONDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha comunicado a algún organismo

Autoridad a la que se ha comunicado:

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (Indicar las personas implicadas y conductas observadas, así como posibles testigos).

SOLICITUD:

Solicito el inicio del protocolo de actuación frente a la violencia del menor	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----	--------------------------	--------------------------	----	--------------------------

Firma:

En.....a.....de.....de.....