

AUTORIZACION DE MENORES DE EDAD

VIAJE:

Actividad, Campeonato Nacional Gimnasia estética de Grupo

Días:

Por medio de la presente Autorizo a mi hijo/a, cuyos datos facilito a continuación, a participar en el viaje y actividad que figura en el siguiente formulario. Asimismo autorizo a los responsables del CLUB DEPORTIVO ELEMENTAL TRIART BOADILLA, para que tomen las medidas que consideren más oportunas en el caso de que el menor se encuentre en situación de necesitar cualquier tipo de tratamiento o intervención médica, siempre que no se haya podido localizar a sus padres o tutores legales.

Declaro que el menor se encuentra en perfecto estado de salud tanto física como psíquica, y está totalmente capacitado para desarrollar la actividad del Club.

Además autorizo al Club a realizar el reportaje fotográfico del viaje y las actividades afines a él, de acuerdo a la ley de protección de datos. Finalmente me comprometo a que el menor esté consciente, responsable y respetuoso de las normas del Club, y en general, de las normas de convivencia entre compañeros y con los monitores.

DATOS DEL MENOR

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ D.N.I.: _____

DIRECCION _____ TELEFONO DE CONTACTO: _____

_____ (SI TIENE PROPIO O ES MAYOR DE 14 AÑOS OBLIGATORIO)

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: _____

D.N.I.: _____ TELEFONO DE CONTACTO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE: _____

D.N.I.: _____ TELEFONO DE CONTACTO: _____

TOMA ALGUNA MEDICACION; SI NO ¿Cuál? _____

Patología reseñable: _____

FIRMA DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

Fdo.:

Fdo.: