

**DORSAL**

A COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN



## **Autorización Paterna**

Don \_\_\_\_\_

Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

calle \_\_\_\_\_ **AUTORIZA**,

como PADRE / MADRE / TUTOR (táchese lo que no proceda) del menor de edad

\_\_\_\_\_ para que participe

en **POZO IZQUIERDO OPEN WATER** que se celebrará

. Igualmente autorizo que puedan usarse fotografías e imágenes de ámbito deportivo donde aparezca mi hijo/a para publicaciones por parte de la organización.

La firma del presente documento, autoriza también expresamente a los responsables de la organización a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y cualquier otro procedimiento necesario, por lo que le comunico que mi hijo/a \_\_\_\_\_ es alérgico (indique medicamento)

SI: \_\_\_\_\_

NO: por ningún medicamento, ni tiene problemas físicos que deban ser tenidos en cuenta para cualquier eventual lesión o enfermedad.

Las Palmas a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_