

## **AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA**

D/D<sup>a</sup> .....  
D.N.I. nº....., como padre/madre/tutor del menor de edad....., con domicilio en c/..... nº ....., piso....., letra....., teléfono..... conociendo las condiciones de la actividad.

### AUTORIZO:

A que viaje, bajo la tutela de la Federación de Atletismo del Principado de Asturias, con motivo de su participación en el Campeonato de España CSD de Campo a Través SUB16 Y SUB18 por Autonomías, a celebrar en Villamanrique de la Condesa (Sevilla), el domingo 3 de marzo de 2019.

También me responsabilizo de cualquier acto, incidente...en que pudiera estar implicado durante dicho viaje.

### INFORMACIÓN MÉDICA:

Antecedentes médicos (alergias, afecciones crónicas...etc).....  
.....  
.....

Otros datos a conocer por los responsables de la actividad.....  
.....  
.....

En caso de no hacer constar ningún dato médico, se entiende que el padre/madre/tutor desconoce las posibles alteraciones en la salud del atleta de referencia.

La firma de la presente solicitud autoriza también de forma expresa a los responsables de la actividad a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y cualquier otro procedimiento necesario.

Fecha: .... de ..... de 2019

FIRMA:

D/D<sup>a</sup>.....