

AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA

D/D^a
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 ENCUENTRO INTERCOMUNIDADES DE CATEGORÍAS MENORES que se celebrará en Soria el 26 de mayo.

A que pueda participar en las fotografías/vídeos que se realicen con motivo del desplazamiento y competición, que se podrán ceder a medios de comunicación así como utilizar en las redes sociales (Facebook e Instagram) y página web de la Federación de Atletismo del Principado de Asturias.

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 mayo de 2019

FIRMA:

D/D^a.....