



AUTORIZACIÓN PATERNA

ESCUELAS DEPORTIVAS Y ACTIVIDADES



Área de Deportes

Datos de la Escuela Deportiva

Escuela (Deporte):

Monitor:

Categoría:

Horarios de Entrenamiento:

Datos del Alumno/a – Jugador/a

Nombre:

Domicilio:

Localidad:

CP:

Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Datos del Padre/Madre o Tutor/Tutora

Nombre:

D.N.I. :

Relación con el jugador:

Teléfonos de contacto:

HACER CONSTAR SI PADECE ALGÚN TIPO DE ALERGIA O ENFERMEDAD BAJO TRATAMIENTO

Otorga su autorización para que participe en las actividades físico-deportivas programadas y organizadas durante el curso 2.014/2.015 dentro del programa de Escuelas Deportivas y Programa de Actividades, que convoca el Ayuntamiento de Beas y colabora la Diputación Provincial de Huelva, conoce y acepta ue existen riesgos asociados con la participación en las actividades inscritas, y por ello, descarga de toda responsabilidad a la organización de los mismos en caso de lesión durante las actividades. Además declara bajo su responsabilidad la certeza de los datos consignados.

A que el Ayuntamiento de Beas pueda realizar fotografías y/o grabaciones de los participantes, durante las actividades deportivas citadas en el punto anterior, en las que pueda aparecer mi hijo/a, para la memoria y difusión de la actividad.

En caso de no otorgar autorización para este asunto marcar con una X la siguiente casilla _____

En Beas, _____ de _____ de 201__

Firma