

AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD

DATOS DEL MENOR	
Nombre:	
Apellidos:	
DNI (en caso de tenerlo):	
Lugar y fecha de nacimiento:	
Domicilio:	
DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES:	
Nombre:	
Apellidos:	
DNI:	Nacionalidad:
Teléfono	Email:
Lugar y fecha de nacimiento:	
Parentesco con el menor:	
Dirección:	
Población:	Código Postal:
Provincia:	

DECLARO:

1. Que conozco y acepto íntegramente el Reglamento de la V Carrera Solidaria de la Facultad de Medicina y de los organismos implicados.
2. Que mi representado/a:
 - a. Se encuentra en condiciones físicas adecuadas y suficientemente entrenado/a para participar voluntariamente en esta actividad.
 - b. No padece enfermedad o lesión que pueda agravarse y perjudicar gravemente la salud al participar en esta actividad.
 - c. Si padeciera algún tipo de lesión o cualquier otra circunstancia que pudiera agravarse o perjudicar gravemente la salud al participar en esta actividad, lo pondré en conocimiento de la Organización, aceptando las decisiones que al respecto se adopten por los/las responsables de la misma.
3. Que autorizo a la Organización:
 - a. A incluir a mi hijo/a, tutelado en el seguro de accidentes de la actividad con objeto de dar cobertura a las lesiones derivadas del accidente deportivo que pudiera sufrir por la actividad física en la cual participa.
 - b. Ante cualquier lesión deportiva, así como en los traslados, a prestar la debida atención médica/sanitaria, por los médicos, enfermeros y personal sanitario designado por la organización para atender estas situaciones.
 - c. Para usar cualquier fotografía, filmación, grabación o cualquier otra forma de archivo de mi representado/a, en este evento, sin derecho a contraprestación económica.

En _____ a _____ de _____ de 201__.

FIRMA DE PADRES/ TUTORES