

FITXA D'AUTORITZACIÓ / FICHA DE AUTORIZACIÓN

En/na.....**con D.N.I.:**.....
Don/doña *con DNI*

Adreça:
Dirección

Municipi:.....**Província:**.....
Municipio *Provincia*

Telèfon:.....
Teléfono

Como pare/mare/tutor-a de:
Como padre/madre/tutor-a de

Autoritze que participe al campament que es realitzarà en _____
_____del_____al_____del_____, en les condicions establertes.
Autorizo que participe en el campamento que se realizará en _____
_____, del _____ al _____ del _____, en las condiciones establecidas.

Faig extensible aquesta autorització a les decisions mèdic-quirúrgiques que calgueren adoptar en cas d'extrema urgència, i sempre sota decisió facultativa.
Hago extensible esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que fuesen necesarias adoptar en caso de extrema urgencia, y siempre bajo decisión facultativa.

Observacions / Observaciones:.....
.....
.....
.....

Ho signe en **de** **del 2.01_**
Lo firmo en

Signatura/ Firma: