



AUTORITZACIÓ DESPLAÇAMENTS CLUB ATLETISME VILAFRANCA

Autorització:¹

Jo, amb DNI,
com a pare/mare/tutor legal de.....,

SÍ NO autoritzo a que el meu fill/a pugui realitzar desplaçaments amb el Club Atletisme Vilafranca.

Així mateix, autoritzo qualsevol decisió mèdico-quirúrgica que sigui necessària adoptar sota la direcció facultativa pertinent, emixint l'entrenador/a i el Club Atletisme Vilafranca de qualsevol responsabilitat.

Signatura del pare/mare/tutor legal

..... dedel 20..

¹Marqueu sols una opció