

AUTORITZACIÓ DELS PARES - PERMÍS DE VIATGE I ASSISTÈNCIA MÈDICA

NOM	LLINATGES	DNI NÚM	
ADREÇA	NÚM	LOCALITAT	TELÈFON

ESPORTISTA:

NOM I LLINATGES	
DATA NAIXEMENT	
NÚM. DNI	

GRUP SANGUINI:		TALLA:		PES:	
VACUNACIONS					
TÈTANUS (data)	POLIOMELITIS (data)	ALTRES			
AFECCIONS CLÍNIQUES:					
TRACTAMENT ACTUAL:	PREVENTIU:	DE CRISI:			
PROBLEMES ACTUALS DE SALUT					
EN TRACTAMENT PER	MEDICIACIÓ ACTUAL				
ALÈRGIES CONEGUDES:					
OBSERVACIONS					
METGE DE CAPÇALERA		TELÈFON			

AUTORITZÓ EL MEU FILL/A A VIATJAR AMB MOTIU DE LA CELEBRACIÓ DEL CAMPIONAT D'ESPANYA \_\_\_\_\_, D'ACORD AMB L'ORGANITZACIÓ REALITZADA PER LA DELEGACIÓ DE LA PRESIDÈNCIA PER A L'ESPORT.

AUTORITZÓ AL SERVEI MÈDIC DEL CAMPIONAT D'ESPANYA \_\_\_\_\_ PER PROCEDIR EN CAS D'URGÈNCIA A TOTA INTERVENCIÓ MÈDICA O QUIRÚRGICA EN BENEFICI DE LA SALUT DEL MEU FILL/A.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Signatura

ADJUNTAR: FOTOCOPIA DNI