

AUTORITZACIÓ MENORS D'EDAT

DADES DE LA PERSONA QUE AUTORITZA EL MENOR:

Nom i cognoms		DNI

Adreça	Població	CP

Telèfon fix	Telèfon mòbil	Altres

RELACIÓ AMB EL MENOR:

<input type="checkbox"/> Pare	<input type="checkbox"/> Mare	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Tutora
-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

AUTORITZA A _____ (nom i cognoms del menor), a participar a la Cursa d'Orientació Solidària organitzada per la Fundació Salut Alta el proper diumenge 27 d'octubre.

Signat

_____, a _____ de _____ de 20__