

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 13 de novembre.

Signat

_____, a ____ de _____ de 20__