

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:

☐ Pare	☐ Mare	☐ Tutor	☐ 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 18 de gener.

Signat

_____, a _____ de _____ de 2026