



II CAMINADA SOLIDÀRIA MAMA CLÍNIC 2019

AUTORITZACIÓ PER ALS PARTICIPANTS MENORS D'EDAT

DADES DEL PARE, MARE O TUTOR/A:

Nom _____ Cognoms _____

DNI _____ Telèfon _____

Adreça electrònica _____

Adreça postal _____

Població _____ Codi postal _____

DADES DELS MENORS:

Nom _____ Cognoms _____

DNI _____ Data de naixement _____

Nom _____ Cognoms _____

DNI _____ Data de naixement _____

MANIFESTO LA MEVA CONFORMITAT EXPRESSA I AUTORITZO que el meu/va fill/a o tutelat/da, les dades del/de la qual es consignen més amunt, pugui participar a la I Caminada Solidària MAMA CLÍNIC 2019, a Collserola. De conformitat amb el que estableix el Reglament de l'activitat i la inscripció de l'esdeveniment, prèviament emplenada, eximeixo expressament de responsabilitat els organitzadors de l'activitat dels danys i perjudicis que el/la menor pogués patir i/o causar a terceres persones en realitzar-la, així com els danys que aquest/a pogués patir com a conseqüència de l'activitat física i mental en la qual participa.

_____, ____ d _____ de 2019

Signatura del pare, mare o tutor/a