

AUTORIZACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE MENORES EN:

(A rellenar por padre, madre o tutor/a legal del menor)

II CARRERA DEL DEPORTE Y LA SALUD EN HONOR A ALBA CEBRIÁN CHIVA

D.D^a: _____, con

DNI/pasaporte en vigor número _____ número de teléfono _____

Indicar grado de parentesco con el menor: padre ☐, madre ☐, tutor ☐ tutora ☐.

DATOS DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO _____,

con DNI: _____ y nacido el (dd/mm/aaaa) _____ y con

domicilio en _____ de la

localidad de _____ provincia de _____

perteneciente al club _____ y que el

día de la prueba esta federado ☐ SI ☐ NO.

Declaro que he LEIDO Y ACEPTO el reglamento de la prueba por lo que autorizo la inscripción

del menor en la mencionada prueba.

Lugar y fecha: _____

DORSAL

Firma y DNI A rellenar por la organización

IMPORTANTE.- Al firmar el presente boletín acepto las normas que rigen en esta prueba eximiendo de cualquier responsabilidad a organizadores, colaboradores o cualquier persona o empresa que desinteresadamente colabore en su desarrollo. Al ser menor la persona inscrita declaro que soy el responsable legal del mismo, por lo que participa bajo mi consentimiento y responsabilidad. También autorizo que las fotografías que se realicen durante el transcurso de la prueba puedan ser publicadas por cualquier medio, para la difusión de este o próximos acontecimientos deportivos. Adjuntar fotocopia del anverso y reverso del DNI del tutor.