ENCUENTRO NACIONAL DE MENORES
11 al 15 DE AGOSTO DE 2017 – MÉRIDA (BADAJOZ)
AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA

DATOS DEL DEPORTISTA	
NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
DNI:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
CLUB	
TELÉFONO DE DEPORTISTA:	
INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRAS OBSERVACIONES (Antecedentes médicos, medicamentos, alergias, etc)	

DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR	
NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
DNI:	
CORREO ELECTRÓNICO	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
CLUB	
TELÉFONO DE PADRE/MADRE/TUTOR	

D./Dª_____ con DNI nº _____
padre/madre/tutor legal del deportista, _____
conociendo las condiciones de la actividad AUTORIZO a que asista al ENM que se celebra en Mérida del 11 al 15 de Agosto del 2017.

También asumo la responsabilidad de cualquier acto, incidencia o accidente en el que pudiera estar implicado el deportista durante la concentración, y acepto que, si cometiese una falta de disciplina en cualquier momento sea devuelto a su domicilio asumiendo los gastos que la devolución genere. La firma del presente documento autoriza también a los responsables de la actividad a realizar las gestiones oportunas en caso de necesidad de tratamiento médico. La firma de la presente autorización autoriza a la Federación Española de Triatlón a la toma de imágenes para la difusión del evento.

Fdo. **_____, ___ de _____de 2017**