

Autorització per **STAGE TECNIFICACIÓ PATINATGE ARTÍSTIC**

Jo, Sr/a	
amb DNI núm.	
AUTORITZO	
al/la meu/va fill/a	
amb DNI núm.	i nascut/da el

a les activitats relacionades amb la formació eximint de responsabilitats en cas d'accident a la pròpia Federació.

En cas d'haver de prendre decisions mèdiques que fos imprescindible aplicar en cas d'extrema urgència s'haurà de contactar, en primer lloc, amb el pare/mare o el tutor del menor en qualsevol dels nombres d'urgència facilitats per ells i segons dades llista inferior.

Únicament en el cas que no es pugui contactar amb alguna d'aquestes persones, el responsable de l'activitat, seguint en tot moment les indicacions i directrius mèdiques i sempre que la decisió no es pugui ajornar des d'un punt de vista mèdic, quedarà autoritzat per prestar el consentiment per a la pràctica dels tractaments, intervencions quirúrgiques i qualsevol altre acte mèdic que l'equip de metges que atengui al menor consideri que s'ha de practicar de forma immediata en benefici de la salut, integritat física i/o vida del menor.

Autorització i exoneració vàlida per a les activitats i incloses o previstes dins del **STAGE DE TECNIFICACIÓ DE PATINATGE ARTÍSTIC del 28 al 31 de MARÇ del 2024.**

Tel. contacte 1 correu electrònic 1

Tel. contacte 2 correu electrònic 2

Tel. contacte 3 correu electrònic 3

OBSERVACIONS

_____ a _____ de _____ de 2023

Signatura pare / mare

Signatura esportista majors d'edat