AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA MARATÓN CREA.-

DATOS DEL MENOR

Nombre y Apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Alternativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cobertura Médica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS MÉDICOS Y DE INTERÉS

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS:

ESPECIFICAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo........................................................, en mi carácter de: (\*)......................., autorizo a mi hijo, y/o menor a mi cargo, y por el cual me hago totalmente responsable:................................... ................., con D.N.I..................,a participar del evento deportivo “VI MARATÓN CREA”, a realizarse el día 26 de septiembre del 2015, tanto para actuar como competidor de misma, así como también, para realizar todas las actividades relacionadas con tal participación. Responsabilizándome totalmente por el consentimiento prestado y declarando que es apto para la práctica de todas las actividades deportivas que dicho evento involucra.-

Firma:………………………….

(\*) Especificar grado de parentesco o relación con el menor, que otorgue la guarda del mismo a la persona adulta.-