

**AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL – PERMÍS DE VIATGE I ASSISTÈNCIA MÈDICA**

NOM		LLINATGES		DNI NÚM	
ADREÇA		NÚM	LOCALITAT		TELÈFON

**ESPORTISTA:**

NOM I LLINATGES	
DATA NAIXEMENT	
NÚM. DNI	

GRUP SANGUINI:		TALLA:		PES:	
VACUNACIONS					
TÈTANUS (data)		POLIOMELITIS (data)		ALTRES	
AFECCIONS CLÍNiques:					
TRACTAMENT ACTUAL:		PREVENTIU:		DE CRISI:	
PROBLEMES ACTUALS DE SALUT					
EN TRACTAMENT PER			MEDICACIÓ ACTUAL		
AL·LÈRGIES CONEGUDES:					
OBSERVACIONS					
METGE DE CAPÇALERA				TELÈFON	

**ALIMENTACIÓ : SI ÉS EL CAS , INDICAR CIRCUMSTÀNCIES A CONSIDERAR**

**AUTORITZO EL MEU FILL/A A VIATJAR** AMB MOTIU DE LA CELEBRACIÓ DEL CAMPIONAT ESPANYA FEDERACIONS AUTONOMIQUES ATLETISME Alcobendas 2016, D'ACORD AMB L'ORGANITZACIÓ REALITZADA PER FAIB (CIRCULAR 31-2016)

----- a ----- de ----- de 2016

**Signatura (pare/mare/tutor\_a)**