



Federació d'Atletisme de les Illes Balears



Poliesportiu "Príncipes de España" Gremi Forners, 4 07009 Palma de Mallorca – Tel-Fax: 971 436854
Web: www.faib.es – Correu electrònic: faib@faib.es – CIF: V07243819

AUTORITZACIÓ DELS PARES - PERMÍS DE VIATGE I ASSISTÈNCIA MÈDICA

NOM		LLINATGES		DNI NÚM	
ADREÇA		NÚM		LOCALITAT	
				TELÈFON	

NOM I LLINATGES	
DATA NAIXEMENT	
NÚM. DNI	

ESPORTISTA:

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		
ALÈRGIES CONEGUDES:					
OBSERVACIONS					
METGE DE CAPÇALERA				TELÈFON	

ALIMENTACIÓ : SI ES EL CAS , INDICAR CIRCUMSTANCIES A CONSIDERAR

AUTORITZÓ EL MEU FILL/A A VIATJAR AMB MOTIU DE LA CELEBRACIÓ DEL **CAMPIONAT D'ESPANYA CROSS CSD GUADALAJARA 2015** ,
D'ACORD AMB L'ORGANITZACIÓ REALITZADA PER LA FEDERACIÓ D'ATLETISME DE LES ILLES BALEARS

AUTORITZÓ AL SERVEI MÈDIC DEL **CAMPIONAT D'ESPANYA CROSS CSD GUADALAJARA 2015** PER PROCEDIR EN CAS D'URGÈNCIA A TOTA
INTERVENCIÓ MÈDICA O QUIRÚRGICA EN BENEFICI DE LA SALUT DEL MEU FILL/A.

_____ a _____ de _____ de 20____

Signatura

ADJUNTAR: FOTOCOPIA DNI