

AUTORIZACION PATERNA

D. / Dña. _____

con D.N.I. nº _____ , padre / madre / tutor de

Con domicilio en _____

localidad _____ C.P. _____

Teléfonos _____

SOLICITA y otorga su autorización para que participe en el Campus de Tenis de Mesa, y que reciba la atención médica que, en su caso, fuera necesaria.

Asimismo, acepta que, en caso de producirse alguna circunstancia que aconseje la interrupción de su participación en el mismo, el jugador pueda regresar a su domicilio antes de la fecha prevista.

En _____ ,a _____ de _____ de 2.014

Firma: D./Dña. _____

D.N.I. _____

Ps. Indicar si su hijo / hija padece alguna enfermedad digna de reseñar o de atención personalizada