

ESKOXTREM

AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

(A CUMPLIMENTAR POR EL PADRE/MADRE O TUTOR DEL MENOR)

DATOS PERSONALES DEL/ DE LA MENOR DE EDAD (Conforme consten en DNI, excepto domicilio)				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	D.N.I./N.I.E.	
Domicilio		Código Postal	Localidad	
Provincia	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Edad	Sexo ☐ H ☐ M
Correo electrónico			Teléfonos de localización /	
DATOS DEL PROGENITOR/A - TUTOR/A – RESPONSABLE				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	D.N.I./N.I.E.	
(padre, madre, tutor, etc.)		Teléfonos de localización /		
AUTORIZACIÓN FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS				
☐ SÍ AUTORIZO a las entidades colaboradoras a fotografiar o filmar a mi hijo/a durante el desarrollo de la prueba, con el objeto de incorporar dichas imágenes a la memoria del Programa, así como para la difusión en revistas, redes sociales y medios de comunicación.				

Los participantes en esta prueba están cubiertos por un seguro de accidentes con las coberturas obligatorias.

MANIFIESTO QUE:

☐ He leído y comprendido el reglamento de la prueba, y voluntariamente lo acepto en su totalidad, a efectos de la participación de mi autorizado.

☐ Conozco los riesgos inherentes a la participación de mi autorizado en la pruebaque se celebrará el día....., y que se encuentra en posesión de las habilidades técnicas requeridas por el Organización en el Reglamento de la Prueba.

En base a lo anterior, ASUMO libre y conscientemente la materialización de los eventuales riesgos que pudieran producirse derivados de su participación en la referida prueba.

☐ Que mi autorizado no está afectado por ninguna contra indicación médica para la práctica deportiva, y que su estado físico y de salud es el adecuado para su participación en la prueba.

☐ **LE AUTORIZO** a participar en la, a celebrar el próximo de 20....

En a de de 20....

Fdo.:

NOTA IMPORTANTE

EL DÍA DE LA PRUEBA, DEBERÁ VD. ENTREGAR COPIA DE ESTE DOCUMENTO DEBIDAMENTE FIRMADO.