

AUTORIZACION PATERNA
CURSOS 2016

D. /Dña: _____ D.N.I.: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELEFONOS: _____

Como madre, padre o tutor de _____

autorizo su asistencia al Curso organizado por CECAP Joven y Arkhe según solicitud de inscripción que a la misma que se adjunta. Autorizo al traslado de mi hijo/a al centro médico necesario, por carácter de urgencia. (Siendo esta comunicada en la mayor brevedad posible).

Así mismo, eximo de cualquier responsabilidad a los organizadores del mismo en el caso de accidente de mi hijo/a si se produce por incumplimiento de las normas establecidas en dicha actividad.

También concedemos a CECAP Joven y Arkhe el permiso para usar en el futuro todos aquellos materiales fotográficos o de cualquier otro tipo en el que apareciese el participante para promoción, publicidad de la Entidad o la realización del álbum de recuerdo de la actividad.

En caso de separación/divorcio ¿ostenta la custodia durante las fechas de la actividad?

SI NO

DATOS DE INTERES DEL PARTICIPANTE

¿Tiene el alumno/a algún tipo de enfermedad, alergia o incidencias con la comida? En caso afirmativo diga cuál y sus medicaciones:

¿Hay algún dato de interés del alumno/a que deberían conocer sus profesores?

Fdo.:

En a de de 201
(PRESENTAR JUNTO A LA HOJA DE INSCRIPCION)