

VALENCIÀ CATALÀ

AUTORITZACIÓ

En / Na.....

.....

.....

Amb DNI.....

Com a pare , mare o tutor/a i/o representant legal de l' alumne:

.....

Li autoritze a que asisteixca als Cursos Internacionals de Juliol que es
celebraràn a

entre les dates /

Baix la meua responsabilitat. Així mateix , autoritze a que en cas
d' urgència i baix prescripció facultativa es prenguen les decisions
metge-quirúrgiques oportunes, sempre i quan siga impossible la meua
localització durant el temps requerit per a la presa de decisions

Data i firma

.....

TELÈFON DE LOCALITZACIÓ

.....

(pare , mare o tutor/a i/o representant legal de l' alumne menor d' edat)

CASTELLANO

AUTORITZACIÓN

D / Dña.....

.....

.....

Con DNI.....

Como padre , madre o tutor/ a y/o representante legal del alumno:

.....

Le autorizo a que asista a los Cursos Internacionales de Julio que se
celebrarán en

entre las fechas /.....

Bajo mi responsabilidad. Así mismo , autorizo a que en caso
de urgencia y bajo prescripción facultativa se tomen las decisiones
medico-quirúrgicas oportunas, siempre y cuando sea imposible mi
localización durante el tiempo requerido para la toma de decisiones

Fecha y firma

.....

TELÉFONO DE LOCALIZACIÓN

.....

(padre , madre o tutor/ a y/o representante legal del alumno)