

**AUTORIZACIÓN PATERNA**

**El abajo firmante D. /Dª …………………………………………........................................... con DNI nº……………………………………, teléfonos de contacto: …………………………………… …………………………………… …………………………………… autoriza como padre/madre/tutor (tachar lo que no proceda) a que el deportista (menor de edad): ……………………………………………………………………………………………………..., con DNI. nº: …………………………................ nacido/a el ………. de …………….. de ………., a desplazarse a Granadilla – Tenerife, entre los días 10 de Marzo a 14 de Marzo para que participe en la VII Copa de España A de Granadilla el día 04 de Marzo de 2017 en la categoría de:**

**……………………………………..**

**Ante tales eventualidades, comunico a la organización que el deportista es alérgico a los siguientes medicamentos:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**En lo que se refiere a sus comidas, el deportista es alérgico a:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**· Asimismo AUTORIZO a la grabación, difusión y fotos por parte de “La Organización, Club y Federación” de las imágenes**

 **asociadas a dichos eventos. En cualquier formato y/o soporte (papel, electrónico, telemático, etc.) y en los medios que**

 **habitualmente se utilizan para la difusión de su información.**

**· La Organización no se hace responsable de las posibles lesiones, tratamiento en hospitales, accidentes y otras causas que**

 **pudieran derivarse de la participación en la competición.**

**· Todos los competidores deberán tener su propio seguro. En caso de lesión o enfermedad, se acepta el diagnóstico médico**

 **y se autoriza su tratamiento o desplazamiento a centros de atención médica y hospitales.**

**· Como padre, madre o tutor, acepto las normas de esta competición.**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

**FIRMADO:**