



Ilustre Ayuntamiento
Granadilla de Abona



XIV COPA A DE ESPAÑA DE GRANADILLA

2
0
2
4

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 13 de Diciembre a 15 de Diciembre para que participe
en la **XIV Copa de España A de Granadilla** el día 14 de Diciembre de 2024 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.
- Igualmente la organización no se hace responsable del control de alimentos u otros conceptos a tomar o cuidar por aquellos participantes que tengan conocimiento o no de posibles alergias.

En _____ a _____ de diciembre de 2024.

FIRMADO: