



**ENCUENTRO NACIONAL DE MENORES
11 al 15 DE AGOSTO DE 2017 – MÉRIDA (BADAJOZ)
AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA**

| DATOS DEL DEPORTISTA | |
|---|--|
| NOMBRE | |
| APELLIDOS | |
| FECHA DE NACIMIENTO | |
| DNI: | |
| DIRECCIÓN: | |
| LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | |
| CLUB | |
| TELÉFONO DE DEPORTISTA: | |
| INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRAS OBSERVACIONES (Antecedentes médicos, medicamentos, alergias, etc) | |
| | |

| DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR | |
|--------------------------------------|--|
| NOMBRE | |
| APELLIDOS | |
| FECHA DE NACIMIENTO | |
| DNI: | |
| CORREO ELECTRÓNICO | |
| LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | |
| CLUB | |
| TELÉFONO DE PADRE/MADRE/TUTOR | |

D./D^a _____ con DNI nº _____
padre/madre/tutor legal del deportista, _____

conociendo las condiciones de la actividad **AUTORIZO** a que asista al ENM que se celebra en Mérida del 11 al 15 de Agosto del 2017.

También asumo la responsabilidad de cualquier acto, incidencia o accidente en el que pudiera estar implicado el deportista durante la concentración, y acepto que, si cometiese una falta de disciplina en cualquier momento sea devuelto a su domicilio asumiendo los gastos que la devolución genere. La firma del presente documento autoriza también a los responsables de la actividad a realizar las gestiones oportunas en caso de necesidad de tratamiento médico. La firma de la presente autorización autoriza a la Federación Española de Triatlón a la toma de imágenes para la difusión del evento.

Fdo. _____, ____ de _____ de 2017