

# PAS A PAS AMB EL CÀNCER DE MAMA

## AUTORITZACIÓ PER ALS PARTICIPANTS MENORS D'EDAT

### DADES DEL PARE, DE LA MARE O DEL/DE LA TUTOR/A:

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_

Adreça electrònica \_\_\_\_\_

Adreça postal \_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_ Codi postal \_\_\_\_\_

### DADES DELS MENORS:

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Data de naixement \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Data de naixement \_\_\_\_\_

**MANIFESTO LA MEVA CONFORMITAT EXPRESSA I AUTORITZO** que el meu/va fill/a o tutelat/da, les dades del/de la qual es consignen més amunt, pugui participar a l'activitat organitzada per l'ASSOCIACIÓ PAS A PAS AMB EL CÀNCER DE MAMA en la data indicada. De conformitat amb el que estableix el Reglament de l'activitat i la inscripció de l'esdeveniment, prèviament emplenada, eximeixo expressament de responsabilitat els organitzadors de l'activitat dels danys i perjudicis que el/la menor pogués patir i/o causar a terceres persones en realitzar-la, així com els danys que aquest/a pogués patir com a conseqüència de l'activitat física i mental en la qual participa.

Data: \_\_\_\_\_

Signatura del pare, de la mare o del/de la tutor/a