



## AUTORITZACIÓ DE PARES, MARES O TUTORS

### PARES, MARES, TUTORS I JUGADORS/RES HAN D'OMPLIR I FIRMAR

Per la present autoritze al Club d'Hoquei Carpesa, i a les persones que actuen en nom seu, en relació amb els desplaçaments per a competir amb els equips del Club i en els que participa el meu fill/a, tant en la seua categoria com en categories superiors, perquè disposen lliurement el que consideren més adequat per a este en relació amb les normes sobre alimentació, transport, allotjament, vestuari, activitats esportives, disciplina i règim de vida en general, i preste formalment el meu consentiment perquè (nom de Jugador/a):

---

---

puga rebre, en cas d'accident o malaltia, l'assistència mèdica que fóra necessària, segons el parer dels organitzadors i acompanyants, inclòs trasllat, hospitalització i intervenció quirúrgica, si fóra aconsellable o recomanat per alguna autoritat mèdica, exonerant-lo de tota responsabilitat en què suposadament poguera incórrer com a conseqüència de les actuacions que duguen a terme, fent ús d'esta autorització.

---

---

Nom de Pare/Mare o Tutor:

---

---

Adreça de Pare/Mare o Tutor:

---

---

Telèfon:

Mòbil:

---

---

Per favor, omplir si el seu fill/a tinguera algun tipus d'al·lèrgia o problema de salut (incloent en cas d'instruccions sobre medicació que ha de rebre):

---

---

---

València, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Firma del Jugador/a

Firma del Pare/Mare o Tutor



## AUTORIZACIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES

### PADRES, MADRES, TUTORES Y JUGADORES/AS DEBEN RELLENAR Y FIRMAR

Por la presente autorizo al Club d'Hoquei Carpesa, y a las personas que actúan en su nombre, en relación con los desplazamientos para competir con los equipos del Club y en los que participa mi hijo/a, tanto en su categoría como en categorías superiores, para que dispongan libremente lo que consideren más adecuado para éste en relación con las normas sobre alimentación, transporte, alojamiento, vestuario, actividades deportivas, disciplina y régimen de vida en general, y presto formalmente mi consentimiento para que (nombre de Jugador/a):

---

pueda recibir, en caso de accidente o enfermedad, la asistencia médica que fuese necesaria, a juicio de los organizadores y acompañantes, incluido traslado, hospitalización e intervención quirúrgica, si fuese aconsejable o recomendado por alguna autoridad médica, exonerándole de toda responsabilidad en que supuestamente pudiera incurrir como consecuencia de las actuaciones que lleven a cabo, en uso de esta autorización.

Nombre de Padre/Madre o Tutor:

---

Dirección de Padre/Madre o Tutor:

---

Teléfono:

Móvil:

---

Por favor, rellenar si su hijo/a tuviese algún tipo de alergia o problema de salud (incluyendo en caso de instrucciones sobre medicación que ha de recibir):

---

Valencia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Firma del Jugador/a

Firma del Padre/Madre o Tutor