



## III Carrera Solidaria de la Facultad de Medicina.



AJUNTAMENT  DE SANT JOAN  
D'ALACANT

Universidad Miguel Hernández

### AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD

DATOS DEL MENOR:	
Nombre:	
Apellidos:	
DNI(en caso de tenerlo):	
Lugar y fecha de nacimiento:	
Domicilio:	
DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES:	
Nombre:	
Apellidos:	
DNI:	Nacionalidad:
Teléfono Email:	
Lugar y fecha de nacimiento:	
Parentesco con el menor:	
Dirección:	
Población:	Código Postal:
Provincia:	

#### DECLARO:

1. Que conozco y acepto íntegramente el Reglamento de la I Carrera Solidaria de la Facultad de Medicina y de los organismos implicados.
2. Que mi representado/a:
  - a. Se encuentra en condiciones físicas adecuadas y suficientemente entrenado/a para participar voluntariamente en esta actividad.
  - b. No padece enfermedad o lesión que pueda agravarse y perjudicar gravemente la salud al participar en esta actividad.
  - c. Si padeciera algún tipo de lesión o cualquier otra circunstancia que pudiera agravarse o perjudicar gravemente la salud al participar en esta actividad, lo pondré en conocimiento de la Organización, aceptando las decisiones que al respecto se adopten por los/las responsables de la misma.

#### 3. Que autorizo a la Organización:

- a. A incluir a mi hijo/a, tutelado en el seguro de accidentes de la actividad con objeto de dar cobertura a las lesiones derivadas del accidente deportivo que pudiera sufrir por la actividad física en la cual participa.
- b. Ante cualquier lesión deportiva, así como en los traslados, a prestar la debida atención médica/sanitaria, por los médicos, enfermeros y personal sanitario designado por la organización para atender estas situaciones.
- c. Para usar cualquier fotografía, filmación, grabación o cualquier otra forma de archivo de mi representado/a, en este evento, sin derecho a contraprestación económica.

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

FIRMA DE PADRES/ TUTORES