

**Autorització a menors de 18 anys per a la participació en les activitats de la  
Regidoria de Joventut de l'Ajuntament d'Alcoi**

**DADES DEL PARE/MARE O TUTOR/A LEGAL:**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Telèfon 1: \_\_\_\_\_ Telèfon 2: \_\_\_\_\_

Correu electrònic: \_\_\_\_\_

**DADES DEL FILL/A (menor de edat):**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ Correu electrònic: \_\_\_\_\_

**ACTIVITAT EN LA QUAL PARTICIPA**

Nom de l'activitat: \_\_\_\_\_

Dates: \_\_\_\_\_

**AUTORITZACIONS (marcar amb una creu).**

AUTORITZE el meu fill/a a participar en l'activitat abans ressenyada, (eximint de tota responsabilitat al personal de la Regidoria de Joventut, davant qualsevol situació danyosa i perjudicial que poguera produir-se, i renunciant a tota reclamació indemnitzable, que pugui ocórrer a conseqüència d'aquells actes o omissions perjudicials causats pel meu fill/a), amb les condicions i responsabilitats de les quals he sigut informat/da i que organitza la Regidoria de Joventut de l'Ajuntament d'Alcoi.

**Drets d'imatge.**

AUTORITZE l'Ajuntament d'Alcoi a usar sense finalitats comercials, amb caràcter exclusiu i d'acord amb la normativa vigent, les imatges fotogràfiques i enregistraments de vídeo que es facen durant l'activitat amb l'objectiu de fer difusió del projecte.

**Emergències sanitàries.**

AUTORITZE que en cas d'urgència mèdica pugui ser atès per un metge, i que en cas de gravetat, si no es pot contactar amb la família, es prenguen les decisions medicoquirúrgiques necessàries sota la direcció facultativa pertinent.

**ALTRES DADES IMPORTANTS.**

Si hi ha algun aspecte referent a la salut o altres temes que penseu que cal tindre en compte en el desenvolupament de l'activitat feu-lo constar (malalties cròniques, medicacions, al·lèrgies, necessitats especials, dificultats...).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signatura,

Alcoi, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_