



FEDERACIÓN CANARIA DE BALONMANO



Gobierno
de Canarias

PROGRAMA DE TECNIFICACIÓN DEPORTIVA AUTORIZACIÓN PATERNA

D. /Dña. _____ con D.N.I. _____
y domicilio en Calle _____ Nº _____ Piso _____ Código Postal _____
Municipio _____ Provincia _____
NºTeléfono _____ / _____ Correo electrónico _____
Como padre/madre/tutor del/la jugador/a _____
con D.N.I. _____ y Fecha de Nacimiento _____

AUTORIZO:

A que participe en las concentraciones preparatorias de las selecciones canarias y en el Campeonato de España de Selecciones Territoriales.

Permitiendo, así mismo, expresamente, a los responsables de la Selección, a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y / o cualquier otro procedimiento necesario.

Ante tales eventualidades, comunico a la organización que el/la deportista es alérgico/a a los siguientes medicamentos:

Asimismo, comunico que, en lo que se refiere a sus comidas, el/la deportista es alérgico/a a:

Asimismo, le autorizo a salir del recinto de la Instalación, cuando así sea permitido por los Responsables de la actividad, en los períodos de descanso previstos, así como a las asistencias a los actos programados.

En _____, a _____ de _____ de _____
El Padre/Madre/ o Tutor

Firmado: D/Dª _____

Anverso DNI	Reverso DNI
--------------------	--------------------

OBLIGATORIO DNI DE LA PERSONA QUE AUTORIZA