



**JOVENTUT**

**AUTORITZACIÓ D'EIXIDA PORT AVENTURA**

**24 D'ABRIL DE 2025**

Acompanyants d'adolescents de 14 i 15 anys

**DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT**

Cognoms:		Nom:	
Direcció		C.P.:	Població:
Data Naixement:			DNI

**DADES DE LA MARE/PARE O TUTOR/A**

Cognoms:		Nom:		DNI
Direcció	Població:		Telèfon:	

**OBSERVACIONS:**

**DECLARE:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes. Per tant,

**AUTORITZE:**

El meu/la meua fill/a a assistir a l'activitat indicada acompanyat de \_\_\_\_\_ en les condicions establides. També, autoritze a la direcció perquè, en cas de màxima urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prenga les decisions medicoquirúrgiques necessàries, en el cas que no haja estat possible la meua localització.

Així mateix autoritze a l'Ajuntament a publicar imatges de la mateixa, sols a efectes de divulgació en els mitjans de l'Ajuntament, sense cap tipus de fi lucratiu.

Almussafes a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

La persona que autoritza

signatura: \_\_\_\_\_