



JOVENTUT

AUTORITZACIÓ D'EIXIDA PORT AVENTURA

24 D'ABRIL DE 2025

Adolescents d'entre 16 i 17 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 en les condicions establides sense la meua presència. 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: _____