**D. Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Como padre, madre o tutor legal del menor de edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AUTORIZO:

A mi hijo/a a que participe en la actividad deportiva organizada por la FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA CIEGOS (FEDC), para la que ha sido convocado/a, acompañado/a del Delegado/a, Jefe de Equipo y Personal Técnico.

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad:** | 1ª CONCENTRACION EQ. TECNIFICACION |
| **Fechas:** | 19 AL 30 DE AGOSTO DE 2.019 |
| **Lugar:** | SAAS FEE (SUIZA) |

Asimismo de forma expresa, mediante la firma del presente documento, **AUTORIZO** a los responsables de FEDC a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico y eventual hospitalario, así como a enviar de vuelta a su lugar de residencia al deportista en caso de indisciplina grave.

**Con el fin de facilitar el contacto directo del responsable de FEDC durante el desplazamiento y estancia del menor, se suministra los siguientes datos de contacto:**

|  |
| --- |
| **Nombre de los progenitores**: |
|  | Telf. Contacto: |  |
|  | Telf. Contacto: |  |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019

Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nombre y firma de los progenitores)*

NOTA: Es necesario que el/la deportista entregue esta autorización debidamente cumplimentada al responsable de la selección.