

**CASTELLANO**

**AUTORIZACIÓN**

D / Dña.....  
.....  
.....

Con DNI.....

Como padre , madre o tutor/ a y/o representante legal del alumno:

.....

Le autorizo a que asista a las Jornadas Trombonísticas que se celebrarán en Biar del 17 al 19 de julio de 2019, bajo mi responsabilidad.

Asimismo, autorizo a que en caso de urgencia y bajo prescripción facultativa se tomen las decisiones medico-quirúrgicas oportunas, siempre y cuando sea imposible mi localización durante el tiempo requerido para la toma de decisiones.

Fecha y firma

.....  
.....

**TELÉFONO DE LOCALIZACIÓN**

.....

(padre, madre o tutor/a y/o representante legal del alumno)

**VALENCIÀ/CATALÀ**

**AUTORITZACIÓ**

En / Na.....  
.....  
.....

Amb DNI.....

Com a pare , mare o tutor/a i/o representant legal de l´alumne:

.....

Li autoritze a que asisteixca a les Jornades Trombonístiques que es celebraran a Biar del 17 al 19 de Juliol de 2019, baix la meua responsabilitat.

Així mateix , autoritze a que en cas d´urgència i baix prescripció facultativa es prenguen les decisions metge-quirúrgiques oportunes, sempre i quan siga impossible la meua localització durant el temps requerit per a la presa de decisions.

Data i firma

.....

TELÈFON DE LOCALITZACIÓ

.....

(pare, mare o tutor/a i/o representant legal de l´alumne menor d´edat)