



## AUTORIZACIÓN

|                        |  |                             |  |
|------------------------|--|-----------------------------|--|
| <b>D<sup>a</sup>/D</b> |  | <b>D.N.I. N<sup>o</sup></b> |  |
|------------------------|--|-----------------------------|--|

Autorizo a mi hijo/a :   
a participar en la concentración de selecciones territoriales **organizado por** la Federación de Balonmano de Castilla y León:

**Manifiesto que mi hijo/a no padece enfermedad alguna que pueda suponer riesgo o le incapacite para la actividad a la que ha sido seleccionado.**

En caso de padecer alguna alergia, indique a continuación cual:

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>ALERGIAS:</b>                 |
|                                  |
|                                  |
| <b>INTOLERANCIA ALIMENTARIA:</b> |
|                                  |
|                                  |

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
|   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| ¿En alguna ocasión, su hijo/a ha tomado Ibuprofeno o Paracetamol?   |           |           |
| ¿Autoriza al Personal de la Federación de Balonmano de Castilla y León a que si fuera preciso, dispensar a su hijo/a cualquier de los dos medicamentos anteriormente citados? |           |           |

Autorizo a que los servicios médicos de la Federación de Balonmano de Castilla y León u otros médicos locales seleccionados, sometan a las exploraciones, pruebas diagnósticas, tratamientos e intervenciones médicas que se consideren necesarias, durante su permanencia en el Campus.

De conformidad con lo establecido en la L.O. 1/1982 de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen, y en la L.O. 1/96, de 15 de enero, de la Protección Jurídica al Menor, autorizo a La Federación de Balonmano de Castilla y León a incluir las imágenes de nuestro hijo o tutelado en los medios y soportes de comunicación (página web oficial, revistas, videos, medios de comunicación, memorias, carteles, etc.) que La Federación considere oportuno, con el fin de difundir las actividades que La Federación ofrece. La Federación de Balonmano de Castilla y León no podrá utilizar estas imágenes para finalidades distintas.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**Fdo. :** \_\_\_\_\_  
*Firma de la/el madre/padre o Tutor*

**Domicilio de la/el madre/padre o Tutor durante las fechas de la actividad:**

|                  |  |                  |  |                   |  |                   |  |
|------------------|--|------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|
| <b>DOMICILIO</b> |  | <b>LOCALIDAD</b> |  |                   |  |                   |  |
| <b>PROVINCIA</b> |  | <b>C.P.</b>      |  | <b>TELEFONO 1</b> |  | <b>TELEFONO 2</b> |  |

**Nota: Llevar este impreso cumplimentado a la concentración**

