

Autorització a menors de 18 anys per a la participació a la 1era Lliga Escape Room de Tarragona 2017

DADES DEL PARE / MARE O TUTOR-A LEGAL:

Nom i Cognoms:

DNI:

Adreça:

CP:

Població:

Telèfon 1:

Telèfon 2:

Telèfon 3:

DADES DEL FILL/A (menor d'edat):

Nom i Cognoms:

DNI:

Data de naixement:

DADES DEL FILL/A (menor d'edat):

Nom i Cognoms:

DNI:

Data de naixement:

AUTORITZACIONS

(marcar amb una creu)

AUTORITZO al meu fill/a a participar en l'activitat abans ressenyada, amb les condicions i responsabilitats de les que he estat informat/da i que organitzen les cinc sales d'escapisme de la ciutat de Tarragona juntament amb l'espai Kesse.	<input type="checkbox"/>
Drets d'imatge i so AUTORITZO a les empreses organitzadores a fer servir amb caràcter exclusiu i d'acord amb la normativa vigent, les imatges fotogràfiques i enregistraments de vídeo que es facin durant l'activitat amb l'objectiu de fer difusió de l'activitat	<input type="checkbox"/>
Emergències sanitàries AUTORITZO a que en cas d'urgència mèdica pugui ser atès per un metge i a que en cas de gravetat, si no es pot contactar amb la família, es prenguin les decisions medicoquirúrgiques necessàries sota la direcció facultativa pertinent.	<input type="checkbox"/>

ALTRES DADES IMPORTANTS Si hi ha algun aspecte referent a la salut o altres temes que penseu que cal tenir en compte en el desenvolupament de l'activitat feu-ho constar en aquest quadre (malalties cròniques, medicacions, al·lèrgies, discapacitats, dificultats...).

Signatura,

Tarragona, ____ de/d' _____ de 20__