



AUTORIZACION

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

Nº D.N.I O PASAPORTE:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD: C.P: PROVINCIA:

AUTORIZO A MI HIJO/A

DE AÑOS DE EDAD A PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL ALBERGUE JUVENIL GRANJA ESCUELA "ARROYO DE LAS VIÑAS", DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE Y DEL MES DEL AÑO DÁNDONOS POR ENTERADOS DE LA PROGRAMACIÓN A REALIZAR Y NORMAS, EXIMIENDO DE TODA RESPONSABILIDAD A LOS MONITORES Y COORDINADOR DE LA ACTIVIDAD, EN EL CUAL CUALQUIER CIRCUNSTANCIA, QUE NO ATIENDA A LAS RECOMENDACIONES O NORMAS DEL CENTRO, ASI COMO EN EL TRANSCURSO DE LOS TRANSLADOS.

EN CASO DE NO PODER RECOGER A MI HIJO/A,
AUTORIZO A

CON D.N.I

A DICHO FIN.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

¿ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD? ¿CÚAL?

¿ALGÚN TIPO DE ALERGIA? ¿CÚAL?

¿AUTORIZA A SI HIJO/A A PODER SER FOTOGRAFIADO EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS? SI NO

¿AUTORIZA A SU HIJO/A A QUE SUS FOTOS APAREZCAN EN LA REDES SOCIALES? SI NO

FIRMA: