



CAMPUS DE FÚTBOL 2010

Nombre:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Nº: **Piso:** **C.P:** **Localidad:**

Teléfonos:/.....

e-mail:

Posición en el campo

AUTORIZACIÓN

Don / Doña

con D.N.I. Autorizo a mi hijo a que asista a las actividades del Campus de Fútbol de Unión Adarve. Hago extensiva esta autorización a las decisiones médico quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de urgencia, bajo la adecuada dirección médica, renunciando expresamente a exigir responsabilidad alguna, a Unión Adarve o a sus monitores, por lesiones que pudieran originarse en las prácticas que realizan en el campus, que asumo en su totalidad.

Observaciones médicas, si las hubiera:

.....

Firma: