

## AUTORITZACIÓ MENORS D'EDAT

DADES DE LA PERSONA QUE AUTORITZA EL MENOR:

Nom i cognoms

DNI

--	--	--

Adreça

Població

CP

--	--	--	--

Telèfon fix

Telèfon mòbil

Altres

--	--	--	--

RELACIÓ AMB EL MENOR:

Pare	Mare	Tutor	Tutora
------	------	-------	--------

AUTORITZA A \_\_\_\_\_ (nom i cognoms del menor), a participar a la Cursa d'Orientació Solidària organitzada per la Fundació Salut Alta el proper diumenge 23 de febrer.

Signat

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025