

AUTORITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA MÈDICA AL VIATGE PER ALS MENORS  
D'EDAT  
*AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA EN EL VIAJE PARA LOS  
MENORES DE EDAD*

\_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_,  
(nom i cognoms del pare/mare o tutor / *nombre apellidos del padre/madre o  
tutor*)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Teléfons de contacte / *teléfonos de contacto*)

autoritze a / *autorizo a:*

\_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
(nom i cognoms complets del menor d'edat / *nombre apellidos del menor de  
edad*)

a participar en el viatge / *a participar en el viaje* \_\_\_\_\_  
que es portarà a terme del / *que tendrá lugar del* \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Que, en cas de màxima urgència, la Direcció competent prenga les  
decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat  
impossible la meua localització/

*Que, en caso de máxima urgencia, la Dirección competente tome las  
decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido  
imposible mi localización*

Signatura / *Firma:* \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
(localitat / *localidad*)

*Lliurar al coordinador acompanyant en el moment de l'eixida/*

*Entregar al guia acompañante en el momento de la salida*