

### 3 AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

De conformidad con la normativa acerca de la de los menores de edad, mediante la presenta, **YO**, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con **DNI/NIF** núm. \_\_\_\_\_ y con domicilio en: \_\_\_\_\_, en calidad de  madre /  padre /  tutor legal.

**AUTORIZO** a mi **hijo/a**, \_\_\_\_\_, menor de edad, nacido/a con fecha \_\_\_\_\_ con **DNI/NIF** núm. \_\_\_\_\_, a realizar lo siguiente:

Pruebas médicas que sean necesarias para la **valoración médica** y de la **adecuada** adaptación a la **práctica deportiva**. (\*)

(\*) Los datos médicos recabados tendrán un carácter estrictamente confidencial, en virtud del artículo 5 de la Ley 15/99 sobre protección de datos de carácter personal.

A efectos, **asumo** toda la **responsabilidad** que se derive de la participación de mi hijo/a en los actos o actividades anteriormente citados.

Esta autorización tendrá **vigencia** a partir de la fecha de firma indicada a continuación.

- En conformidad con lo expresado la firmo en:

\_\_\_\_\_ (localidad) a \_\_\_\_\_ (fecha).

Fdo.

