

AUTORITZACIÓ

PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare/mare/tutor/a

legal de _____ autoritzo al responsable del meu fill/a durant el Campus per a

que pugui administrar-li la següent medicació:

Nom del medicament: _____

Dosi: _____

Freqüència: _____

Moment en què s'ha d'administrar: _____

Observacions: _____

Aquesta autorització serà vàlida els dies _____

Data d'autorització:

Signatura:

AUTORIZACIÓ

AUTORITZACIÓ PER A PORTAR TELÈFON MÒBIL

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare/mare/tutor/a

legal de _____ autoritzo al meu fill/a a portar telèfon mòbil durant la seva estada al Campus de Tortosa.

DECLARACIÓ RESPONSABLE

Alhora, eximeixo de responsabilitat a la Fundació del Bàsquet Català sobre qualsevol dany o desperfecte que pugui donar-se, així com els supòsits de robatori o pèrdua.

Declaro que conec la normativa sobre l'ús del telèfon mòbil -el seu ús restringit a les hores establertes pel Director el Campus, la prohibició d'utilitzar-lo durant la resta del dia i la capacitat que tindrà el Director del Campus per a fer complir les directius establertes - i em comprometo a col·laborar en el compliment d'aquesta regulació per tal d'afavorir el bon desenvolupament del Campus.

Data d'autorització:

Signatura pare/mare/
tutor/a legal

Signatura jugador/a
participant

AUTORIZACIÓ

GENÈRICA

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare/mare/tutor/a

legal de _____ autoritzo al meu fill/a a _____

Data d'autorització:

**Signatura pare/mare/
tutor/a legal**