



AUTORITZACIÓ PATERNA / MATERNA / TUTOR/A

Jo, en/na: _____, amb DNI núm. _____, com a pare, mare o tutor/a del / de la nen/a _____, amb DNI núm. _____ i data de naixement _____, l'autoritzo a participar a l'activitat organitzada pel Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

Per la qual cosa, **DECLARO**:

1. Que el meu fill/a es troba en condicions físiques adequades i prou entrenat/ada per participar voluntàriament en l'activitat.
2. Que el meu fill/a no pateix malaltia, defecte físic o lesió que pugui agreujar-se i perjudicar greument la salut participant en aquesta activitat.
3. Que si té algun tipus de lesió, defecte físic o qualsevol altra circumstància que pogués agreujar o perjudicar greument la salut participant en aquesta activitat, ho posaré en coneixement de l'organització, acceptant les decisions que sobre això s'adoptin els responsables de l'esdeveniment.
4. Assumeixo els perills i riscos derivats de la participació en aquesta activitat, com ara caigudes, col·lisió amb vehicles, participants o espectadors, condicions climàtiques extremes i d'humitat, estat dels vials, carretera i trànsit (el present enunciat té el caràcter merament indicatiu).
5. Estic d'acord amb qualsevol decisió que qualsevol responsable de l'activitat adopti sobre l'habilitat i capacitat del meu fill/a per completar l'activitat amb seguretat i sense risc per a la seva salut.
6. Autoritzo els organitzadors a utilitzar qualsevol fotografia, filmació, enregistrament o qualsevol altra forma d'arxiu de la meva participació o la del meu representat/ada en aquest esdeveniment, sense dret a contraprestació econòmica.

_____, _____ de _____ de 2022
(Població) (dia) (mes)

Estic d'acord: (Marcar amb X)

Signat: