



## **AUTORITZACIÓ PATERNA / MATERNA / TUTOR / A**

Jo, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, com a \_\_\_\_\_ [pare, mare o tutor/a] de \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_ i data de naixement \_\_\_\_\_, l'autoritzo a participar a la **Ruta circular pel Matagalls**, organitzada pel Grup d'Activitats a la Natura del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, que se celebrarà **diumenge 7 d'abril de 2024**.

Per la qual cosa, **DECLARO**:

1. Que el meu fill/a es troba en condicions físiques adequades i prou entrenat/da per a participar voluntàriament a l'activitat
2. Que el meu fill/a no pateix malaltia, defecte físic o lesió que pugui agreujar-se i perjudicar greument la seva 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 seva salut participant en aquesta activitat, ho posaré en coneixement de l'organització, acceptant les decisions que sobre això 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'humiditat, estat dels vials, carretera i trànsit (el present enunciat té el caràcter merament indicatiu).
5. Estic d'acord amb qualsevol decisió que els/les responsables de l'activitat adoptin 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 al Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya l'ús de fotografies, filmacions, enregistraments o qualsevol altra forma d'arxiu de la meva participació i/o la del meu/va representat/da en aquest esdeveniment, sense dret a contraprestació econòmica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024  
(Població) (dia) (mes)

Estic d'acord:  (Marcar amb X)

Signat: