AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

Yo, _____,

DNI _____, como padre, madre, tutor o encargado de _____ , autorizo a que participe en el Campamento de Palabra de Vida, que se realizará desde:

☐ 12-14 de febrero de 2027.

☐	Autorizo la atención médica o en caso de extrema urgencia, practicar toda intervención quirúrgica y de anestesia local o general que se necesite para mi hijo/a durante los días que dure el campamento.
☐	Asimismo, doy mi aprobación al personal responsable del campamento para que administren a mi hijo/a en caso necesario los medicamentos que su estado pudiera precisar, excepto aquellos que constan abajo, a los cuales tiene alergia o son contraindicados para su salud.
☐	También autorizo a los responsables a tomar las medidas necesarias en orden a la seguridad de mi hijo/a para el correcto desarrollo de la estancia.
☐	Autorizo a publicar fotografías en donde aparece él/ella en alguna de las actividades del campamento.

En _____ a ____ de _____ de _____.

FIRMA _____

De acuerdo con lo que establece la ley orgánica 15/1999, sus datos o los de su tutelado, serán incorporados en un fichero bajo la responsabilidad de Palabra de Vida con la finalidad de mantener los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted y/o su

AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

tutelado. Pueden ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección: C/ Bruc 71.
08470 Sant Celoni (Barcelona). Mediante mi firma dejo constancia de la aceptación de todo lo autorizado anteriormente. Tel: 633959813.