

AUTORITZACIÓ DE REPRESENTACIÓ

Jo, (nom i llinatges mare/pare).....

amb DNI núm.

AUTORITZO A (nom i llinatges persona adulta acompanyant):

.....

amb DNI núm.

Per a:

Acompanyar a la/al meva/meu filla/fill

.....
(linatges i nom de la/del menor i DNI)

Recollir l'informe mèdic de la/del meva/meu filla/fill

.....
(linatges i nom de la/del menor i DNI)

(Marqui la/les casella/es corresponent/s)

I perquè així consti, als efectes oportuns, signo aquest document

_____, _____ d _____ de 20_____.

Signatura mare/pare o persona tutora

Signatura persona autoritzada

Nota Important:

Recordi que ha d'aportar tota la documentació necessària i les fotocòpies dels DNI.