

MODELO DE AUTORIZACIÓN

Los abajo firmantes:

.....

(apellidos, nombre, fecha y lugar de nacimiento del padre y nº de pasaporte)

.....

(apellidos, nombre, fecha y lugar de nacimiento de la madre y nº de pasaporte)

Autorizamos para que nos represente y actúe en nuestro nombre a la persona que se cita a continuación, quien:

- Es mayor de edad en (escribir el nombre del país) para tomar las decisiones que se mencionan más adelante.
- Ha aceptado la autorización.
- A partir del al

Apellidos:.....

Nombre:.....

Fecha y lugar de nacimiento:.....

Nacionalidad y número de pasaporte:

Dirección durante la competencia:.....

Número de teléfono durante la competencia:.....

Y lo autorizamos para que tome decisiones relativas a la salud de nuestro hijo:

Apellidos:.....

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....

Número de licencia de la FIE:.....

Nacionalidad y número de pasaporte:

Firma del padre:

Firma de la madre: