



Ajuntament de Llubí

AUTORITZACIÓ D'ATENCIÓ MÈDICA

Jo (pare mare o tutor legal) _____
amb DNI _____ com a pare/mare o tutor/a de (nom del nin/a) _____
_____ nascut el dia ____ de _____ de _____

Autoritzo als monitors de l'escola d'estiu a prendre les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa

I perquè així consti, signo la present autorització

Llubí, ____ de _____ de 2010.

Signatura de la persona que autoritza: