

# AUTORITZACIÓ PER A MENORS

## AUTORITZACIÓ PARE / MARE / TUTOR PER A MENORS D'EDAT

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

DNI / NIE /Passaport: \_\_\_\_\_

En qualitat de pare /mare / tutor/a

AUTORITZO la inscripció i participació de:

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Edat: \_\_\_\_\_ DNI / NIE/ Passaport: \_\_\_\_\_

a la MOIXERÓ XS del dia 17 d'agost de 2024, sota la meva responsabilitat, eximint de qualsevol altra responsabilitat l'entitat organitzadora.

Així mateix, declaro conèixer que el fet d'inscriure's representa l'acceptació del reglament d'aquesta cursa publicada a la pàgina: [www.trailmoixero.cat](http://www.trailmoixero.cat)

Signatura pare / mare / tutor/a

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

# MANIFEST MENORS D'EDAT

## MOIXERÓ XS

He llegit, entès i accepto tot el Reglament de la cursa que es farà a Bagà el dia **17 d'agost de 2024**.

Estic físicament i psicològicament ben preparat i segueixo els controls mèdics per garantir que dispo de bona salut i no pateixo cap malaltia, al·lèrgia, defecte físic, lesió o afecció cardiorespiratòria que desaconselli la meva participació a la prova.

Sé que aquesta prova comporta un risc addicional. Per això assumeixo tots els riscos i les conseqüències derivades de la meva participació.

Si durant la cursa, patís algun tipus de lesió o qualsevol altre circumstància que pogués perjudicar la meva salut, ho diré a l'organització el més aviat possible.

Em comprometo a complir les normes i protocols de seguretat de l'organització, així com a mantenir un comportament responsable que no faci augmentar els riscos per a la meva integritat física o psíquica.

Seguiré les instruccions i acataré les decisions dels responsables de l'organització sobre la seguretat.

Autoritzo als serveis mèdics de la prova que em practiquin qualsevol cura o prova diagnòstica que ells considerin oportuna en qualsevol moment de la prova, l'hagi o no sol·licitat jo mateix.

Davant dels seus requeriments, em comprometo a abandonar la prova i a permetre la meva hospitalització, si ells ho creuen convenient per a la meva salut.

Dorsal nº .....

Nom i cognoms (del menor participant)..... Amb  
llicència federativa nº ..... (en cas de no tenir-n'ha deixar-ho en blanc)

Nom i cognoms (pare, mare o tutor del  
participant).....

DNI/NIE/Passaport ..... adreça  
.....

C.P. .... Població .....

Telèfon mòbil .....

Signatura (pare, mare o tutor del participant).

BAGÀ, .....de ..... de 2.024

OPCIONAL - EN CAS QUE SIGUI NECESSARI, CONTACTAR AMB :

Nom i cognoms ..... Núm. telèfon .....