

**AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD PARA PARTICIPAR EN EL
EVENTO**

**VIII CARRERA SOLIDARIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

A CELEBRAR EL DÍA 6 DE ABRIL DE 2025

DATOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR-A

| | |
|----------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | |
| DNI | |
| FECHA DE NACIMIENTO | |
| DOMICILIO COMPLETO | |
| TELÉFONO DE CONTACTO | |

DATOS DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD

| | |
|---------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS | |
| DNI | |
| FECHA DE NACIMIENTO | |
| DOMICILIO COMPLETO | |

Autorizo la participación del menor con datos arriba indicados y declaro:

- Cumplir con la normativa vigente a tal efecto.
- Aceptar las indicaciones y los procedimientos señalados en el reglamento de la prueba, incluidos los de la dirección ejecutiva de la misma.
- Que el estado de salud del menor autorizado es el correcto para este tipo de participación.
- Hacerme cargo de cualquier daño que pudiera sucederle o causar mi autorizado/a como consecuencia de su participación en la prueba, manteniendo a la organización de la misma exenta de todo tipo de responsabilidad.

Y para que así conste, firmo esta autorización a fecha ____ de _____ de 202__

FIRMA Y NÚMERO DNI