



FEDERACIÓN CANARIA DE BALONMANO  
C/ león y Castillo, 26-28, 3º  
35003 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## PROGRAMA DE TECNIFICACIÓN DEPORTIVA AUTORIZACIÓN PATERNA

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_  
y domicilio en Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
NºTeléfono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Como padre/madre/tutor del/la jugador/a \_\_\_\_\_  
con D.N.I. \_\_\_\_\_ y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### AUTORIZO:

A que participe en las concentraciones preparatorias de las selecciones canarias y en el Campeonato de España de Selecciones Territoriales.

Permitiendo, así mismo, expresamente, a los responsables de la Selección, a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y / o cualquier otro procedimiento necesario.

Ante tales eventualidades, comunico a la organización que el/la deportista es alérgico/a a los siguientes medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo, comunico que, en lo que se refiere a sus comidas, el/la deportista es alérgico/a a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo, le autorizo a salir del recinto de la Instalación, cuando así sea permitido por los Responsables de la actividad, en los períodos de descanso previstos, así como a las asistencias a los actos programados.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El Padre/Madre/ o Tutor

Firmado: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| <b>Anverso DNI</b> | <b>Reverso DNI</b> |
|--------------------|--------------------|

### OBLIGATORIO DNI DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Este documento deberá ser remitido al correo [fcanariabm@gmail.com](mailto:fcanariabm@gmail.com) con al menos 48 horas antes del inicio del evento.