



AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN MENORES DE 14 AÑOS V CARRERA SOLIDARIA POR EL PARKINSON

Don/ Doña _____

con D.N.I. nº _____

como padre, madre o tutor de _____

con D.N.I. nº _____

DECLARO

Estar en conocimiento del reglamento de la V Carrera Solidaria por el Parkinson en Ávila, que se celebrará el día sábado, 22 de abril de 2023, aceptando dicho reglamento y las condiciones de participación de la carrera y autorizo expresamente a, bajo mi responsabilidad, la participación en la misma de la persona a quien represento legalmente.

Así lo hago constar en este documento,

Firma del padre/madre o tutor



AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN MENORES DE 14 AÑOS V CARRERA SOLIDARIA POR EL PARKINSON

Don/ Doña _____

con D.N.I. nº _____

como padre, madre o tutor de _____

con D.N.I. nº _____

DECLARO

Estar en conocimiento del reglamento de la V Carrera Solidaria por el Parkinson en Ávila, que se celebrará el día sábado, 22 de abril de 2023, aceptando dicho reglamento y las condiciones de participación de la carrera y autorizo expresamente a, bajo mi responsabilidad, la participación en la misma de la persona a quien represento legalmente.

Así lo hago constar en este documento,

Firma del padre/madre o tutor