



*Unió Bàsquet MIR*  
Calle Bonavista s/n  
(Pab. Polidep. Mpal Cubierto)  
Montcada i Reixac

## AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDAD

Sr./Sra \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_,  
Padre/Madre/Tutor del Jugador/a \_\_\_\_\_,  
con DNI nº \_\_\_\_\_, inscrito en el equipo \_\_\_\_\_,  
AUTORIZO a mi hijo/a acudir a la actividad: \_\_\_\_\_,  
que tendrá lugar en \_\_\_\_\_,  
el próximo \_\_\_\_\_.

Y para que surta los efectos oportunos firmo la presente Autorización, bajo mi responsabilidad, a participar en la actividad fuera del centro habitual.

En Montcada i Reixac a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_  
(Padre/Madre/Representante Legal)

## AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

Sr./Sra \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_,  
como padre/madre/tutor legal del niño \_\_\_\_\_,  
con teléfono \_\_\_\_\_ pide y autoriza al personal responsable de la entidad  
UBMiR que se le administre la medicación siguiente:

**Nombre** del medicamento \_\_\_\_\_

**Hora** a la que lo debe tomar \_\_\_\_\_

**Duración** del tratamiento \_\_\_\_\_

**Dosis** \_\_\_\_\_

Queda también autorizado a la administración de antitérmicos, en caso de ser necesario, eximiendo de toda responsabilidad a la persona encargada de la administración del medicamento.

Fdo: \_\_\_\_\_  
(Padre/Madre/Representante Legal)