

# AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD

## DATOS DEL MENOR

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI (En caso de tenerlo): \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Talla de camiseta (marcar casilla):  XS  S  M  L  XL  XXL  XXXL

## DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

### DECLARO:

1. Que conozco y acepto íntegramente las bases del VII Numskull Brass Festival Caudete, disponibles en: <http://numskullbrassfestival.com/terminos-y-condiciones/>

2. Que mi representado/a:

-Se encuentra en condiciones físicas y psíquicas adecuadas para participar voluntariamente en esta actividad.

-No padece enfermedad, defecto físico o psíquico o lesión que pueda agravarse o perjudicar gravemente su salud al participar en esta actividad.

-Que si padeciera algún tipo de lesión, defecto físico o psíquico o cualquier otra circunstancia que pudiera agravarse o perjudicar gravemente su salud al participar en esta actividad, lo pondré fehacientemente en conocimiento de la

Organización, aceptando las decisiones que al respecto se adopten por los/as responsables de la misma.

-En caso de presentar síntomas compatibles con la COVID-19 los días previos al comienzo de la actividad deberá comunicarlo a la organización, no podrá asistir a la actividad y no se le podrá reembolsar la inscripción.

-En caso de que durante los días de desarrollo de la actividad presente síntomas compatibles con la COVID-19, deberá abandonar la actividad sin reembolso y sus representantes deberán hacerse cargo de él/ella lo antes posible.

3. Que autorizo a la Organización:

-A incluir a mi representado/a, en su caso, en el seguro de accidentes de la actividad, con objeto de dar cobertura a las lesiones que pudiera sufrir por la actividad en la cual participa.

-Ante cualquier lesión, así como en los traslados, a prestar la debida atención médica/sanitaria por los médicos, enfermeros y personal sanitario designado por la Organización para atender estas situaciones.

-A usar cualquier fotografía, filmación, grabación o cualquier otra forma de archivo de mi representado/a en este evento, sin derecho a contraprestación económica, para la difusión comercial de este evento y de futuras ediciones del mismo.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Firma padres / tutores