



## AUTORITZACIÓ FAMILIAR

(QUE SUPLEIX EL CERTIFICAT MÈDIC)

En/Na .....  
amb DNI. núm. ...., com a pare/mare o tutor  
d'en/na .....  
amb DNI. núm. .... del Centre o Club Associació Esportiva BCN

Certifica que davant la demanda per part de la Federació Catalana d'Esports per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual-ACELL, de la presentació d'un Certificat Mèdic que possibiliti la participació de l'esportista abans mencionat a les activitats que l'ACELL organitza, i en absència d'aquest es fa responsable de qualsevol incident que pugui succeir.

I per a que així consti als efectes que s'escaiguin, signo el present a

..... d ..... de .....

SIGNATURA  
(Pare/Mare/Tutor)