



**AJUNTAMENT DE  
L'ESQUIROL**

## **Autorització activitat arts marciais i entrenament personal**

---

### **Dades de la persona que participarà**

Nom		1er cognom	
2on cognom		Data naixement	
Edat			
DNI			
Carrer i població			
Telèfon			
Correu electrònic			

### **Autorització**

---

**Nom i cognoms de la mare/pare/tutor/a legal :**

**DNI:**

#### **AUTORITZO:**

- Que el/la menor .....pugui participar a l'activitat de fitness i arts marciais que organitza l'Ajuntament de L'Esquirol al Pavelló Municipal de l'Esquirol els tres primers dissabtes de cada mes.
- A que el menor és l'únic responsable en tot moment dels seus objectes personals i d'ell mateix durant les activitats que realitzi.
- El menor es compromet a respectar les normes de l'espai i el material.
- Així mateix, autoritzo la reproducció de fotografies fetes per l'Ajuntament de l'Esquirol en què hi aparegui el/la menor per tal que puguin ser utilitzades en diferents publicacions de l'Ajuntament.

Per més informació podeu contactar amb el Punt d'Informació Juvenil de l'Esquirol o a l'Ajuntament o contactar directament amb en Guillem Camps, responsable de les activitats. Contacte: [joventut@lesquirol.cat](mailto:joventut@lesquirol.cat) – 93 856 88 52/ 628063446. Guillem Camps: 671 20 90 45

A l'Esquirol, dia.....de.....de 2017

*Signatura mare/pare/tutor/a)*