



Federación de Lucha Canaria de Tenerife
Calle Adán Martín, 15
38200 La Laguna
fdlctenerife@fdlctenerife.es

D. _____ con D.N.I. _____ como padre, madre o tutor legal
del menor deportista _____ con D.N.I.
_____ autorizo:

Al mismo a desplazarse a la isla de _____ entre los días _____ a
fin de participar en el Campeonato de Canarias de Selección,
_____ organizado por la
Federación de Lucha Canaria.

Asimismo, AUTORIZO a la organización del Campeonato, ante cualquier enfermedad leve, lesión deportiva, tanto en los hoteles de alojamiento como en los lugares de celebración de las competiciones, así como en los traslados, a prestar la debida atención médica/sanitaria, por los médicos, enfermeros o fisioterapeutas designados por la organización para atender estas situaciones.

Y, ante situaciones médicas más graves, AUTORIZO a proceder a tomar las medidas oportunas por la organización para trasladarlo a las dependencias sanitarias adecuadas para su atendimento, procediéndose por la organización a la mayor brevedad posible a avisar a los tutores.

Ante tales eventualidades, comunico a la organización que el deportista es alérgico a los siguientes medicamentos:

Asimismo, comunico que, en lo que se refiere a sus comidas, el deportista es alérgico a:

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de 20__

FDO: El Padre, madre o tutor