Yo, el abajo firmante

(APELLIDOS y Nombre)



21. Representante legal del menor

(APELLIDOS y Nombre)



22. Autorizo a mi hijo/a a participar en todas las actividades (colectivas e individuales) organizadas durante la estancia por el responsable de la misma y su equipo.



Autorizo

23.Autorize, en caso de necesidad y siguiendo las prescripciones del equipo médico, el responsable de la estancia a tomar todas las medidas que puedan verse necesarias por el estado de mi hijo/a para la hospitalización y el alta del establecimiento sanitario, los tratamientos médicos, la(s) intervención(es) quirúrgica(s) con o sin anestesia.



Autorizo

Enviar por correo electrónico a: inscription@aisa-ong.org