

AUTORIZACIÓN SALIDAS NAVIDADES 2025

Ayuntamientos organizadores:

Puentes Viejas



Robledillo de la Jara



Cervera de Buitrago



Berzosa del Lozoya



Actividad/Salida: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

DATOS DEL/LA MENOR:

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ C.P.: _____

DATOS TUTOR LEGAL:

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Teléfono 1: _____

Teléfono 2: _____

Email: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Alergias: _____

Enfermedades crónicas u otras consideraciones: _____

Medicaciones: _____

Autorizo administración de medicación prescrita: Sí() No()

AUTORIZACIÓN:

Yo, D./D^a _____, con DNI
_____, como tutor legal del menor arriba indicado, autorizo su
participación en la salida programada.

Uso de imágenes:

() Autorizo fotografías con fines educativos/divulgativos

() No autorizo

Lugar y fecha: _____ ____/____/2025

Firma tutor/a:

**PATROCINADO POR LA MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES SIERRA
NORTE (MADRID)**

