

PARTICIPANT INFORMATION / DATOS DEL PARTICIPANTE

Name
Nombre

Last name
Apellidos

Conditions suffered
Enfermedades relevantes que ha padecido

Surgery undergone
Intervenciones quirúrgicas que le han practicado

Are there any reasons that prevent him from participating in sports?
¿Alega algún impedimento para la práctica del deporte?

Others: Allergies, medication, etc.

Observaciones: Alergias, medicación, etc...

AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN

Father/Mother/Tutor **Padre/Madre/Tutor**

ID number / DNI

Year / Año

I **delegate** my authority to the Tutor to make important medical decisions if necessary, in accordance with doctor's orders.

I **authorize** and ask, under my responsibility, school workers to provide my son with an antipyretic to which he is not allergic in case he has a temperature, until he can be picked up from school, in the correct dosage for his age and weight.

Delego mi autoridad en el Tutor/a de mi hijo/a para tomar importantes decisiones médicas, en el caso de que sea necesario, de acuerdo con el criterio médico.

Autorizo y solicito, bajo mi responsabilidad, que el personal del centro administre a mi hijo/a UN ANTI-TÉRMICO, al que no sea alérgico/a, en caso de fiebre, mientras no pueda ir a recogerlo al colegio, en las dosis indicadas para su edad y peso.

Select the antipyretic / **Seleccione el antitèrmico**

Ibuprofen

Paracetamol

Signature / Firma