

**AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN
1er CLÍNICA TECNIFICACIÓN FUTBOL SALA
FUTBOL CLUB BARCELONA 2009**

Yo,..... con:

- DNI número:
.....
- Domicilio en:
.....
- Teléfono fijo/móvil:
.....
- E-mail:
.....

DECLARO:

- 1) Que soy padre/madre, ostento y ejerzo la patria potestad y tutela sobre mi hijo/a
.....de.....años de edad.
- 2) Que he sabido que el FC BARCELONA ha organizado el 1er Clínic de Tecnificación de Fútbol Sala que se llevará a cabo del día **28 al 31 de Diciembre** en la Ciutat Esportiva Joan Gamper, Av. del Sol S/N Sant Joan Despí (Barcelona) en el que la mayoría de actividades están enfocadas y/o orientadas a la mejora de esta disciplina deportiva, informándome sobre los términos y condiciones del mismo.
- 3) Que estoy interesado/a en la asistencia de mi hijo/a, motivo por el cual autorizo su participación en el mencionado "clínic", así como en las diferentes actividades que se organicen en el transcurso de su duración.
- 4) Que mi hijo/a :

➤ **NO** requiere ninguna vigilancia médica y/o tratamiento médico especial

➤ **SI** requiere vigilancia médica y/o tratamiento especial

- Enfermedad/Discapacidad/Alergia/Otros:
.....

<ul style="list-style-type: none">○ Tratamiento/Medicación:○ Dosis: <p>➤ OBSERVACIONES:</p>

5) Que autorizo al FC BARCELONA para (i) haga y/o tome fotografías de mi hijo/a en el transcurso del "campus" y (ii) a que las mencionadas fotografías puedan ser empleadas por el FC BARCELONA en actos y medios informativos, promocionales y/u otros que la entidad considere conveniente relacionados con el deporte, a tales efectos cedo al FC BARCELONA todos los derechos de imagen vinculados a las mencionadas fotografías.

En Barcelona, a..... de..... de 2009

Firma