

**AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN RESPONSABILIDAD MÉDICA
FUNDACIÓN GCF 1931**

	Datos del Jugador
Nombre y apellidos:	
DNI:	
Fecha de nacimiento:	
Domicilio:	

	Padre/Madre/Tutor Legal 1	Padre/Madre/Tutor Legal 2
Nombre y apellidos:		
DNI:		
Domicilio:		
Teléfono de contacto:		
E-mail de contacto:		
Necesidades especiales del menor:		

Yo, en calidad de padre/madre/tutor(es) legal(es) del/la menor arriba indicado/a, y en pleno ejercicio de mi/nuestra patria potestad o tutela, por medio del presente documento:

- I. Autorizo expresamente la participación del/de la menor arriba identificado/a en la actividad o programa organizado por la Fundación GCF 1931, que tendrá lugar fuera de la provincia de Granada.

- II. Declaro conocer que los jugadores del programa Escuela de la Fundación GCF 1931 están federados y por lo tanto cubiertos con el seguro de accidentes deportivos que la RFAF proporciona a todos los federados y en las condiciones que establece el propio seguro
- III. Eximo de forma expresa a la Fundación GCF 1931, así como a sus representantes, monitores, personal técnico y cualquier acompañante autorizado, de toda responsabilidad médica, civil o legal derivada directa o indirectamente de enfermedades, accidentes, lesiones, o cualquier situación médica que ocurra durante el desarrollo del programa y que esté fuera del control directo y razonable de la Fundación.
- IV. Declaro comprender y aceptar que la Fundación GCF 1931 actuará, en caso de necesidad, con la diligencia debida y dentro de sus posibilidades para garantizar la atención médica necesaria, sin que ello suponga asunción de responsabilidad médica o civil adicional.
- V. Autorizo al personal responsable de la actividad a tomar las decisiones médicas necesarias en caso de urgencia, incluida la intervención de los servicios sanitarios, el traslado a centros médicos y la aplicación de tratamientos recomendados por profesionales de la salud.
- VI. Confirmo que el/la menor se encuentra en condiciones físicas adecuadas para participar en las actividades deportivas y que ha sido sometido/a a revisiones médicas pertinentes.
- VII. Me comprometo a comunicar por escrito cualquier circunstancia médica, alergia, tratamiento o condición relevante del/de la menor que deba ser tomada en cuenta durante el desarrollo de la actividad.

Fdo. Padre/tutor

Fdo. Madre/Tutora

Fdo. Jugador/a