 ***Autoritzacions complementàries***

**Casal d’estiu 2019**

**NOM NENA/NEN:**

**1.-** Autoritzo als responsables del casal d’estiu a prendre les decisions mèdiques que siguin necessàries en cas d’urgència i sota la direcció facultativa adequada. Així com a que pugui ser atès per un metge en cas d’accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió.

**2.-** Que el personal responsable d’aquesta activitat el pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en cas de necessitar atenció mèdica, emprant les mesures de seguretat pertinents.

**3.-** Mostro la meva conformitat per a poder realitzar i utilitzar material gràfic de les activitats en que participa la meva filla o fill per part del Casal d’Estiu de Salàs, i penjar-les en el seu web i xarxes socials. En cas contrari indicar-ho:

 NO FOTOS

Signatura

Salàs de Pallars , de 2019