



# AGENT JOVE de SALUT

## FITXA D'INSCRIPCIÓ

Nom	<input type="text"/>	Edat	<input type="text"/>
Cognoms	<input type="text"/>		
Adreça	<input type="text"/>		
Població	<input type="text"/>	C. Postal	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>	Targ. Sanitària	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Telèfon	<input type="text"/>
Comentari	<input type="text"/>		

### AUTORITZACIÓ PER A PARES – MARES – TUTORS (OBLIGATORI MENORS DE 18 ANYS)

Faig constar que:

Jo ..... amb DNI: ..... autoritzo el meu fill/a.....  
..... a assistir al curs d'Agent Jove de Salut organitzada des de l'Àrea de joventut del Consell Comarcal de l'Alt Empordà. Així mateix faig constar que conec i accepto el funcionament de l'activitat que en cas d'extrema necessitat i davant la impossibilitat de contactar amb mi delego en l'equip metge i en els responsables de l'activitat, la decisió de prendre les mesures oportunes.

Autoritzo que la imatge del meu fill/a..... pugui aparèixer en fotografies i/o vídeos corresponents a les activitats del Consell Comarcal de l'Alt Empordà.

Autoritzo a fer servir les meves dades per rebre informació d'altres activitats.

**SIGNATURA del pare – mare – tutor/a del participant:**

### INFORMACIÓ