

BUS NOCTURN C17

Nom	1r Cognom
2n Cognom	
Data naixement	Edat
Lloc de naixement	
DNI	
Adreça	
Telèfon contacte mare/pare/tutor/a:	
Telèfon contacte menor	

AUTORITZACIÓ FAMILIAR

Nom DNI en qualitat de (mare/pare/tutor/a autoritzo el/la menor a utilitzar el Bus Nit que organitza el Pla de Prevenció de Drogodependències i Hàbits Saludables C17 de l'Alt Vallès Oriental.

No obstant això, si el/la menor no compareix a les hores designades a les parades fixades per l'organització, el servei seguirà el seu trajecte, eximint de tota responsabilitat al Pla de Prevenció de Drogodependències i Hàbits Saludables C17 de l'Alt Vallès Oriental.

Autoritzo la reproducció de fotografies fetes pel Pla C17 en que aparegui el/la menor per tal que puguin ser utilitzades en diferents publicacions.

....., de de 200....

(Signatura pare, mare, tutor/a)

