



<https://vicalvarobaloncesto.com/>

Tfno: 641 86 23 26

Email: vicalvarobaloncesto@gmail.com

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO CON FISIOCREM O LLAMADA A EMERGENCIAS EN CASO DE ACCIDENTE O LESION

Yo, **[Nombre del padre/madre/tutor]**

con DNI **[Número de DNI]** _____, en calidad de **[padre/madre/tutor]** del menor **[Nombre del menor]** _____,

autorizo al Club Vicálvaro Baloncesto a poder emplear FISIOCREM en caso necesario, en la zona afectada (excluyendo zonas sensibles o internas) o en caso de lesión o accidente mayor poder llamar al 112 en caso que así se considere

En caso de alergias a Fisiocrem o alguno de sus componentes hacédnoslo saber, y si tiene algún sustituto conocido.

Duración de la autorización: Esta autorización es válida desde la fecha de firma hasta el 30 de Junio de 2026, pudiendo ser revocada en cualquier momento mediante notificación escrita al club.

Firma:

[Nombre del padre/madre/tutor] _____

DNI: **[Número de DNI]** _____

Fecha: **[Fecha]** _____