



Club Natación Ciudad de Alcorcón  
Avd. Pablo Iglesias S/N  
28922 Alcorcón (Madrid)  
Tlfnos: 91.486.29.09 / 638.283.072  
Web: [www.cnciudadalcorcon.es](http://www.cnciudadalcorcon.es)  
Email: [cnca@cnciudadalcorcon.es](mailto:cnca@cnciudadalcorcon.es)

Nº SOCIO

--

D/Dª .....  
Padre, Madre o Tutor legal de .....

**AUTORIZO:**

A que pueda desplazarse en representación del Club Natación Ciudad de Alcorcón para participar, como componente de nuestro equipo de natación/waterpolo, en el ....., a celebrar los días ..... de ..... de 20....., acompañado/a del Personal Técnico, eximiendo al CNCA, de cualquier responsabilidad derivada de la negligencia o desobediencia de mi hijo/a

Asimismo autorizo al personal responsable a que administre la medicación indicada a continuación y en caso de accidente o enfermedad actúen como mejor proceda.

**DATOS MÉDICOS:**

- Toma medicación (en caso afirmativo, por favor indique medicamento y tomas:
- Alergias o intolerancias (en caso afirmativo, por favor especifique)
- Dietas especiales (en caso afirmativo, por favor especifique)
- Otras observaciones

En Alcorcón a ..... de ..... de 20....

Firmado .....

(Padre, Madre o Tutor legal)

D.N.I. Nº.....