

AUTORIZACIÓN PARA TRASLADAR A UN/UNHA NENO/A EN CASO DE EMERXENCIA MÉDICA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ con D.N.I.: \_\_\_\_\_ en calidade de  
PAI/NAI/TITOR/A \_\_\_\_\_ dos  
nenos/as: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ AUTORIZO aos/ás monitores/as das ACTIVIDADES DE CONCILIACIÓN FAMILIAR  
levadas a cabo polo Concello do Val do Dubra durante o ano 2016 a que, en caso dunha  
emerxencia médica, poidan trasladar o/a neno/a arriba citado ao centro de saúde, hospital  
ou ata o seu domicilio.

Val do Dubra \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017

Asdo: \_\_\_\_\_