



CONCEJALÍA DE JUVENTUD
AYTO. CUBAS DE LA SAGRA



TLF: 91 814 23 94

Don/Doña:.....
CON D.N.I.....
CON TLF:.....
AUTORIZO A MI HIJ@.....
.....DE.....AÑOS
A PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD
.....
EL/LOS DÍA/S.....DE.....DE 2009

FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

.....

- AUTORIZO A LA EXPOSICIÓN PUNTUAL DE FOTOGRAFÍAS DE GRUPO EN LAS QUE PUDIERA APARECER MI HIJ@ EN DIFERENTES MEDIOS LOCALES.
SI / NO