|  |
| --- |
|  |
| Texto  Descripción generada automáticamente**DECLARACIÓN RESPONSABLE / PARENT CONSENT DECLARATION FORM:** |

|  |
| --- |
|  |

Yo, el firmante, padre o tutor (*I, the undersigned parent, guardian full name)*

Telefono y Email / Telephone and mail

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Datos participantes / Sailors details

|  |
| --- |
|  |

Club Náutico – País / Club – Country

Que los regatistas arriba citados participarán en la 72 edición del Trofeo Ciutat de Palma, en Palma del 6 al 10 de diciembre, y por ello autorizo a los organizadores del evento en caso de emergencia que le puedan proporcionar atención médica. Declaro que estos participantes, asimismo están tienen una licencia federativa en vigor o un seguro médico y de responsabilidad civil a terceros que cubrirá los gastos médicos o posibles daños ocasionados a terceros.

*That the mentioned participants, will participate in 72 Regata Ciutat de Palma in Palma from 6th to 10th December, and I authorize the organisers of the evento to make any medical or hospital arrangements from him/her in case of emergency. Moreover, I declare that this participants are holder of an individual medical insurance and third liability insurance.*

**Firma / Signature**