

## AUTORITZACIÓ PER A FILLS MENORS DE 16 ANYS

\_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ i amb N.I.F.. núm. \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anys d'edat,  
amb domicili al \_\_\_\_\_ i amb N.I.F. núm.  
\_\_\_\_\_

**AUTORITZO** amb el present document, i dono la meva conformitat, a que pugui realitzar o participar de l'activitat **ROOM SCAPE TERRORÍFIC, HORROR HOSPITAL**, el dia 31 d'octubre de 2018 a Almacelles a l'antiga residència d'avis.

Així mateix, manifesto que estic assabentat/ada de l'activitat en la què participarà i per a que quedi constància i als efectes oportuns, signo aquesta autorització a

Almacelles, a \_\_\_\_\_

**SIGNATURA,**