

**AUTORIZACIÓN EN CASO DE NO LOCALIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

En caso de que sea imposible mi localización, AUTORIZO a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas que estimen oportunas en beneficio del menor.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_

Firmado \_\_\_\_\_ (padre, madre o tutor legal)