**AUTORITZACIÓ MENORS D’EDAT PER PARTICIPAR A ACTIVITATS DEL LAB CASTELLAR**

Jo (nom i cognoms de l'adult)

amb DNI, NIE o passaport número:

telèfon de contacte:

com a pare, mare o tutor/a legal

**AUTORITZO**

A (nom i cognoms del/de la menor)

amb DNI /NIE o passaport número

A participar al taller /activitat

Nom activitat:

Data:    /    / 202

Horari: de   :   h a   :   h

Drets d’imatge i comunicacions

[ ]  Autoritzo que la imatge del meu fill/a, tutelat/da pugui ser recollida i difosa pels mitjans de comunicació i activitats pròpies del LAB Castellar.

[ ]  Autoritzo que el correu electrònic facilitat en el moment de la inscripció pugui ser utilitzat per enviar informació de les activitats que puguin ser del seu interès.

Castellar del Vallès,    de       de 202

Signatura pare, mare o tutor/a legal