CONCELLO
DA GUARDA

AUTORIZACIÓNS FAMILIARES E OBSERVACIÓNS MÉDICAS		
DATOS DO/A MENOR 1		
DNI	**NOME**	
PRIMEIRO APELIDO	**SEGUNDO APELIDO**	**DATA NACEMENTO**
DATOS DO/A MENOR 2		
DNI	**NOME**	
PRIMEIRO APELIDO	**SEGUNDO APELIDO**	**DATA NACEMENTO**
DATOS DO/A MENOR 3		
DNI	**NOME**	
PRIMEIRO APELIDO	**SEGUNDO APELIDO**	**DATA NACEMENTO**
DATOS DO/A RESPONSABLE DO/A MENOR		
DNI NAI/PAI/TITOR/A LEGAL	**NOME**	**PRIMEIRO APELIDO**
SEGUNDO APELIDO	**TELÉFONO**	**e-mail**
DOMICILIO	**LOCALIDADE**	**CP**
OBSERVACIÓNS MÉDICAS		
Necesidades especiais de atención, enfermidades, alerxias ou calquera outra que desexe facer con referencia ao coidado do/a menor/es		

CONCELLO
DA GUARDA

Autorización de persoas para a recollida do/a menor ou menores (aportar DNI)

NOME COMPLETO.....DNI.....

NOME COMPLETO.....DNI.....

A Guarda, ... de ..... de 20…….

(Sinatura do solicitante)