

**Autorització a la participació del/ de la menor a
l'Activitat de Salut Mental Terrassa**

Nom i cognoms* _____

Adreça* _____ Codi postal*

Població* _____ DNI _____ Data de naixement*
__/__/__

Telèfon 1* _____ Telèfon 2 _____

Correu electrònic de contacte _____

Jo, _____ amb DNI _____:

AUTORITZO al meu fill/a, tutelat/ada a l'assistència i a participar a L'activitat **Parlem de Salut mental per a joves**, que organitza **Salut Mental Terrassa**, en les condicions establertes. Accepto doncs, que l'horari i la responsabilitat de l'organització és la següent (especificar dia i hora):

Així mateix, em faig responsable de qualsevol acció voluntària en contra de persones o béns que pugui cometre el meu fill/a.

A, amb data de de de 20

Signatura del pare, mare o tutor/a: