



COPA INTERESCOLAR  
DE FÚTBOL MASCULINO  
**UPAO - MANNUCCI**



**ANEXO N.º 02**

**CARTA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA**

CATEGORÍA:

EDAD:

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL MENOR:**

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

POSICIÓN EN EL CAMPO:

**LUGAR DE NACIMIENTO:**

DPTO.

PROV.

DIST.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

DIRECCIÓN:

DISTRITO:

TELÉFONO:

E-MAIL:

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE O APODERADO:**

DNI:

DIRECCIÓN:

Autorizo a mi menor hijo, quien se encuentra en buen estado de salud, a participar en la Copa Interescolar de Fútbol Masculino 'UPAO - MANNUCCI'. Excluyo a los organizadores y empresas patrocinadoras, de cualquier responsabilidad si mi hijo sufriera lesión o accidente alguno durante su participación.

Trujillo, \_\_\_\_ de julio de 2023

**FIRMA DEL PADRE O APODERADO**  
DNI: