

## **AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

El abajo firmante, padre, madre o tutor de

\_\_\_\_\_, menor de edad,  
autoriza a D. Ignacio San Juan Mollá, como representante de NEWBEL new bridge to english learning, S.L. (en adelante NEWBEL) a dar su consentimiento para la realización, en caso de juzgarlo necesario, de cualquier análisis, prueba de Rayos-X, diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico, tratamiento o ingreso en un hospital, entendiendo que deberá ser realizado bajo la supervisión general de un médico o cirujano. El diagnóstico podrá llevarse a cabo en la consulta del especialista o cirujano correspondientes, o en un hospital.

Se entiende que esta autorización se establece antes de que sea preciso cualquier diagnóstico específico, tratamiento o ingreso en un hospital, con la finalidad de conceder autoridad y poder al representante de NEWBEL para que dé su consentimiento específico y se puedan realizar todos los diagnósticos, tratamiento o ingreso en un hospital que los ya mencionados médicos o cirujanos juzguen necesarios, atendiendo siempre a su mejor criterio.

Esta autorización es válida durante la estancia del curso de julio de 2024 y debe ir acompañada por la fotocopia del DNI de quien la firma.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

X

Firmado (nombre completo): \_\_\_\_\_  
(Padre, madre o tutor legal)