**AUTORIZACIÓN PARA CONTROL ANTIDOPAJE A DEPORTISTAS MENORES DE EDAD EN EVENTOS OFICIALES REALIZADOS EN EL ECUADOR**

**Yo--------------------------------------------------------------------en mi calidad de representante legal (padres,**

**curadores, tutores) del deportista----------------------------------------------------portador de la cédula de**

**identidad o número de pasaporte-------------------------de la disciplina deportiva -------------------------**

**que participara en el evento deportivo------------------------------------------------------------------durante**

**los días----------------------------------------del mes -----------del año 20------,autorizo al Médico Oficial**

**de Control Calificado del Ministerio del Deporte para que tome las muestras para el control antidopaje.**

**Ciudad--------------------------- Día -------------------- del mes de ----------------- del año 20 ----------**

**NOMBRES COMPLETOS DEL REPRESENTANTE: --------------------------------------------------------------------------**

**CÉDULA DE IDENTIDAD: --------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA: ----------------------------------------------------------------------------------------------------**

**TELÉFONO: -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**CORREO ELECTRONICO: --------------------------------------------------------------------------------------------------------**