



APELLIDOS, NOMBRE: (*)

RELLENAR POR LA ACGM

PARROQUIA: (*)

AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDADES PARA MENORES (Convivencia de El Atazar 2019)

D., con DNI/NIE/pasaporte....., y
Dña.con DNI/NIE/Pasaporte.....
padres/tutores de (en adelante
persona interesada) de años de edad y con DNI/NIE/Pasaporte.....
AUTORIZAN que su hijo/a participe en la Convivencia de El Atazar 2019 que la Acción
Católica General de Madrid llevará a cabo durante los días 29 a 31 de marzo en el Centro
diocesano de Infancia y Juventud "El Atazar" y consiento que se utilicen los siguientes datos
para ponerse en contacto conmigo.

Lo que firman a efectos oportunos en Madrid, a..... de de 20.....

Teléfono de la madre: (*).....

Teléfono del padre: (*).....

Firma de la madre/tutora

Firma del padre/tutor

Fdo.

Fdo.

Los datos marcados con (*) son de carácter obligatorio

**En caso de que la persona de contacto durante la actividad sea diferente al padre/madre o tutor que firma la autorización arriba descrita será necesaria que la "persona de contacto durante la actividad" firme la siguiente clausula autorizando el tratamiento de sus datos de carácter personal.

Durante la actividad, la persona de contacto será:

Indicar nombre y apellidos): (*).....

Teléfono y/o Email: (*).....

Firma de la persona de contacto

Fdo. (*).....

DATOS MÉDICOS

Alergias (Adjuntar fotocopia de informes médicos):

Intolerancia a medicamentos (Adjuntar fotocopia de informes médicos):

Intolerancia a alimentos (Adjuntar fotocopia de informes médicos):

Lesiones crónicas (esguinces, etc.) y discapacidad:

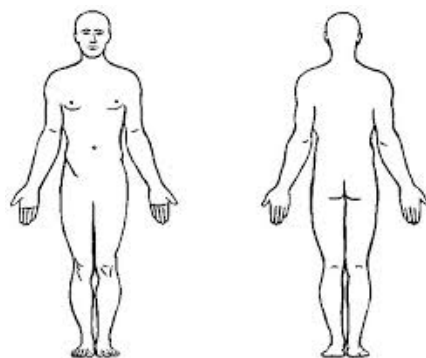
Enfermedades importantes o crónicas:

Tratamientos crónicos (nombre del fármaco, causa, posología):

Tratamientos actuales (nombre del fármaco, causa, posología):

Otras observaciones de interés:

(Marque en los dibujos los lugares en los que existe alguna lesión)



(*) De acuerdo con lo establecido por la L.O.P.D. 15/ 1999 y el R.G.P. D (en vigor desde 25 de mayo de 2018)

D....., con DNI/NIE/Pasaporte..... , doy mi consentimiento como Padre/ Madre /o Tutor del Menor..... para que sus datos de carácter personal, incluidos los de la ficha médica, estén en posesión de los organizadores de la convivencia 'Atazar 2019' durante el tiempo que dure la actividad. Estos datos no serán volcados en ninguna base de datos y serán destruidos una vez finalicen la actividad. Solo serán utilizados para prestar una atención personalizada al menor ante problemas que puedan surgir durante el desarrollo de la actividad, incluyendo las necesidades médicas y a las circunstancias específicas del menor -ya sea de salud física y/o psicológica-.

La asociación organizadora de la actividad es Acción Católica General de Madrid C/ Silva 12 2º 28004 Madrid.

En....., a..... de..... de 20..... (*)

Firma de madre / padre: (*)

Firma de madre / padre: