



Yo,....., con DNI: .....  
como padre/madre/tutor/a de..... con DNI..... ,  
autorizo a mi hijo/a realizar la actividad de.....  
que se realizará el día .....

Esta actividad está dentro del programa "Imagina tu noche" de Imagina (Servicio de Juventud del Ayuntamiento de Alcobendas).

Así mismo, autorizo a adoptar medidas de carácter necesarias y urgentes en caso de accidente, enfermedad o cualquier otro imprevisto.

Mi hijo/a tiene las siguientes alergias/dietas/intolerancias alimentarias, enfermedades o necesidades especiales, o cualquier otro aspecto que desee destacar:.....  
.....

Autorizo a que se puedan incorporar y publicar en la página web de Imagina fotografías y otros recursos audiovisuales, de mi hijo/a, realizadas durante la realización de esta actividad. SI / NO

Alcobendas a..... de.....de 20...

Firma del tutor legal

Teléfonos de contacto durante la actividad de padre, madre o tutor

1.....

2.....

*En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero denominado IMAGINA, cuya finalidad es el asesoramiento y orientación de los jóvenes del municipio en temas de interés juvenil. Este fichero está inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos con el nº 2123270752. Los datos no serán cedidos salvo cesiones previstas por ley. El órgano responsable del fichero es la Gerencia del Patronato de Bienestar Social y la dirección ante la que se puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es el Servicio de Juventud, Infancia y Adolescencia, c/ Ruperto Chapí nº 18, 28100-ALCOBENDAS (MADRID).*