

AUTORIZACIÓN TALLERES CREATIVOS 2024

ADJUNTAR este documento al mismo tiempo que se realiza la inscripción on line

LA AUTORIZACIÓN NO ES UNA INSCRIPCIÓN. POR FAVOR RELLENA LAS 2 HOJAS Y FIRMAR

LA INSCRIPCIÓN NO TIENE VALIDEZ SI NO SE ENTREGA ESTA AUTORIZACIÓN O LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD ACTUAL:
TELÉFONO DE CONTACTO (MÓVIL):	
CORREO ELECTRÓNICO:	
MARCAR CON "X" EL TALLER AL QUE ESTÁ INSCRITO/A:	
<input type="checkbox"/> URBAN MÁSTER <input type="checkbox"/> Del 26 al 28 de junio. <input type="checkbox"/> Del 1 al 5 de julio <input type="checkbox"/> Del 8 al 12 de julio.	
<input type="checkbox"/> ARTES ESCÉNICAS. Del 1 al 12 de julio.	
<input type="checkbox"/> ARTE URBANO. Del 15 al 26 de julio.	
<input type="checkbox"/> SUMMER FUN. Del 24 de junio al 5 de julio	
<input type="checkbox"/> SUMMER FUN. Del 8 al 19 de julio	
<input type="checkbox"/> GAMING ESPORT. Del 8 al 12 de julio	
<input type="checkbox"/> GAMING ESPORT. Del 15 al 19 de julio.	

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: (Marque la opción correcta)	
Alergias, intolerancia alimentaria o dietas especiales Indicar grado de alergia y tratamiento (*)	¿Tiene cualquier otro tipo de alergia? (*)
¿Tiene necesidades educativas especiales? <i>(discapacidad, trastornos del comportamiento, dificultades lenguaje)</i> Indicar (*)	¿Padece alguna enfermedad o lesión? Indicar (*)
¿Tiene alguna enfermedad crónica? Indicar (*)	Cualquier otro aspecto que considere necesario señalar. (*)

(*) Adjuntar INFORMES MÉDICOS O DOCUMENTACIÓN

SÍ DECLARO **(VERIFICAR O MARCAR CON UNA X)**

Que la persona menor de edad **NO PADECE** en el momento actual enfermedad infectocontagiosa (tipo varicela, molusco contagioso, papiloma/verruca plantar, hongos/micosis cutáneas, pie de atleta, conjuntivitis vírica o bacteriana, etc.) ni ninguna otra que precise atención especial. En caso de padecer alguna de estas patologías es obligatorio aportar informe médico que haga constar que está en seguimiento y/o tratamiento de la misma. Si durante el período de los talleres aparece alguna de estas patologías, igualmente sería obligatorio adjuntar informe médico.

Autorizo que el/la participante acuda al taller solo/a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo que el/la participante salga solo/a una vez finalizado el horario del taller	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a fotografiar y grabar al participante con fines divulgativos o informativos municipales relacionados con la actividad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a trasladar al participante en un vehículo utilitario al Centro de Salud más cercano si fuera necesario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a adoptar medidas de carácter necesarias y urgentes en caso de accidente, enfermedad o cualquier otro imprevisto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TUTOR/ES LEGALES QUE FIRMAN LA AUTORIZACIÓN (firmar un tutor o ambos):

D/Dña.: _____	DNI: _____ y
D/Dña.: _____	DNI: _____
autorizo como tutor legal de _____ a participar en el taller creativo.	
Los teléfonos de contacto durante la actividad serán: _____	
FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL 1:	FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL 2:
Fecha: _____	

RELLENAR SÓLO POR PARTICIPANTES MAYORES DE 14 AÑOS		
Yo, como participante mayor de 14 años, estoy de acuerdo en participar y en comprometerme a cumplir las condiciones de la actividad y autorizo a ser fotografiado y grabado con fines institucionales divulgativos o informativos relacionados con la actividad.		
NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI:	FIRMA:

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL PARTICIPANTE ADEMÁS DE LOS TUTORES LEGALES:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO CONTACTO

En cumplimiento de los artículos 13 y 14 del Reglamento General Europeo de Protección de Datos (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, le informamos de las características del tratamiento de los datos personales recogidos:

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (REGLAMENTO EUROPEO 2016/679 de 27 abril de 2016)

Responsable: SUBDIRECCIÓN DE JUVENTUD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Finalidad: Gestión de las Colonias, Campamentos y Actividades de Animación.

Legitimación: Consentimiento del interesado para este fin específico.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo por obligación legal y a encargados de tratamiento.

Derechos: De acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, según se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar el apartado **Aquí Protegemos tus Datos** de nuestra página web: www.alcobendas.org