



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR LEGAL PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE MENORES DE EDAD

ACTIVIDAD:	CAMPUS MARÍA PINA							
D. / DÑA.						CON DNI		
EN CALIDAD DE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL					
CON DOMICILIO EN					Nº		PTA.	
LOCALIDAD					PROVINCIA			
AUTORIZO A								
CON DNI				Y FECHA DE NACIMIENTO				
A PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD	CAMPUS MARÍA PINA							
de la que conozco y acepto el programa de actividades previsto								
ORGANIZADA POR	CAMPUS MARÍA PINA							
A REALIZAR DESDE EL DÍA				HASTA EL DÍA				
QUE SE REALIZARÁ EN	GENOVÉS (Valencia)							
MUNICIPIO					PROVINCIA			
CONFIRMO QUE LOS DATOS QUE CONSTAN EN LA FICHA SANITARIA SON CORRECTOS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso de NO ser correctos, adjunto una nueva ficha sanitaria.								
<p>De igual manera, cedo al Campus los derechos que tengo sobre la imagen del menor cuando esta se reproduzca en las fotografías y videos tomados en la actividad realizada. En consecuencia, el representante legal autoriza al Campus a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización.</p> <p>Tanto las fotografías como los videos podrán reproducirse en todo soporte e integrados en cualquier otro material conocidos o por conocer. Las fotografías y los videos tomados podrán explotarse en todo el mundo y en todos los ámbitos, directamente por el Campus o cedidas a terceros. El representante autoriza la utilización de la imagen del menor en todos los contextos relativos a la actividad desarrollada en el Campus.</p> <p>Se entiende que el Campus prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada del menor, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.</p> <p>El representante legal reconoce por otra parte que el Menor no está vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.</p> <p>Del mismo modo, AUTORIZO A QUE EN CASO DE MÁXIMO URGENCIA, EL RESPONSABLE COMPETENTE DE LA ACTIVIDAD TOME LAS DECISIONES OPORTUNAS, CON CONOCIMIENTO Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA, SI HA SIDO IMPOSIBLE MI LOCALIZACIÓN.</p>								
	En		,a		de		del	
Firma del representante legal,								



**AUTORIZACIÓN PARA VIAJAR EN VEHÍCULO PRIVADO
-MENOR DE EDAD-**

ACTIVIDAD:

CAMPUS MARÍA PINA

D. / DÑA.

CON DNI

EN CALIDAD DE

MADRE

PADRE

TUTOR LEGAL

AUTORIZO A

CON DNI

A VIAJAR EN VEHÍCULO PRIVADO DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

ORGANIZADA POR

CAMPUS MARÍA PINA

de la que conozco y acepto el programa de actividades previsto

La persona firmante se hace cargo de toda la responsabilidad derivada de su actuación, siempre y cuando el viaje en vehículo privado se desarrolle dentro de la legalidad vigente.

Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de CAMPUS MARÍA PINA, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a CAMPUS MARÍA PINA, c/ Albacet Nº19-2, C. P. 46007, Valencia (Valencia).

Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente, a terceros con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

En

, a

de

del

Firma del representante legal,



Yo _____ con DNI _____,
madre, padre, tutor de _____. Autorizo a los monitores del Campus
María Pina a dar a mi hijo/hija/tutelado la medicina que se indica a continuación
durante el desarrollo del mismo
en Genovés a _____.

Medicina 1: Dosis:
Medicina 2: Dosis:
Medicina 3: Dosis:

Genovés, de 2017.

Firma:

*Si es posible, adjunto receta médica como justificante



FICHA SANITARIA

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN LA QUE ESTÁ INSCRITO		
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TELÉFONO DE CONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENECE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
-----------------	----	-------------------------	-------------------------

ENFERMEDADES PASADAS

SARAMPIÓN HEPATITIS ASMA CARDÍACAS OTRAS: _____

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?

OTRAS ALERGIAS	¿HA SIDO VACUNADO RECIENTEMENTE?
----------------	----------------------------------

OTROS DATOS DE INTERÉS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica

_____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. _____

como madre/padre/tutor de _____

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Declaro ser mayor de edad,

_____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____