



Campus de Atletismo “Promesas”

AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA

Don/Doña _____

, con D.N.I. nº _____, con domicilio en _____

_____, y con teléfonos _____ en mi condición de

padre/madre/tutor del menor de edad Don/Doña _____

con D.N.I. _____ con Tarjeta Sanitaria S.I.P. _____ por la presente:

AUTORIZO:

1. A participar a mi hijo/hija en el Campus de Atletismo “Promesas” organizado por el Club Atletismo Promesas Villena a celebrar en Biar los días del 7 al 14 de Julio del 2024 desarrollando todas las actividades organizadas y a utilizar los medios de transporte previstos para los traslados, siempre en presencia de los monitores y entrenadores correspondientes.
2. A que dicha entidad pueda realizar fotografías y/o grabaciones de los participantes durante el desarrollo de las actividades previstas, en las que pueda aparecer mi hijo/hija, para la memoria y difusión de las actividades.
3. A que en caso de indisciplina grave se estudien las medidas de corrección y el eventual regreso a casa antes de la finalización prevista del Campus, previa información a los padres del menor y eximiéndoles de toda responsabilidad en caso de cualquier incidencia o accidente producido por este.
4. A que en caso de urgencia, los servicios médicos oportunos realicen el reconocimiento médico y el tratamiento de cualquier proceso crónico o agudo que pueda padecer el menor durante el Campus.

A SU VEZ DECLARO:

1. Que le han sido administradas las vacunas que le corresponden por su edad y que no padece enfermedad, alergias, ni cualquier otra limitación que le impida participar con normalidad en las actividades programadas. En caso de padecer algún tipo de enfermedad, alergia u otra patología médica de las cuales se requiera un seguimiento o conocimiento por el personal del Campus, deberá especificarlas:

Patología _____

Tratamiento o seguimiento _____

Firma

Firmado: _____

En _____, a _____ de _____ del 2024.

El arriba firmante autoriza a la Entidad organizadora del Campus De Atletismo a registrar los datos de carácter personal detallados en este impreso, los cuales serán tratados en todo momento de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable. En función de dicha norma, el afectado podrá acceder, rectificar y cancelar su información remitiendo un correo electrónico a la dirección: promesasvillena@gmail.com

