AUTORIZACIÓN ACTIVIDAD

DESCRIPCIÓN			
FECHA INICIO		**FECHA FIN**	
LUGAR			

EDUCANDO MAYOR DE EDAD

Yo _____, con D.N.I.: _____, me inscribo a la actividad arriba descrita organizada por la Entidad Prestadora de Servicios a la Juventud Grupo Scout Anunciata y declaro haber informado a mi padre/madre/tutor de mi participación en ella, así como de las condiciones relativas al transporte y traslados que la misma implica. Así autorizo a mi transporte en los vehículos destinados al desarrollo de la actividad (scouter, vehículo de alquiler, padre/madre/tutor/a…) únicamente para fines relacionados con esta última.

De acuerdo con lo establecido en la normativa de protección de datos le informamos que trataremos sus datos personales con la finalidad de poder relacionarnos con usted , así mismo sus datos médicos y de salud con el objetivo de poder prestarle nuestros servicios, una atención adecuada y personalizada a aquellos asociados que tengan algún problema de salud, en todas las actividades de la Asociación. Para lo que necesitamos recabar tus datos necesarios.

Por lo que mediante la marcación de la correspondiente casilla, AUTORIZO A ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT ANUNCIATA,

Si( ) No( ) Que los datos sean utilizados para el control de dietas especiales
Si( ) No( ) Para el seguimiento y control de cualquier eventualidad relacionada con la salud y el bienestar de los asociados
Si( ) No( ) Serán cedidos a aquellos terceros necesarios: entidades sanitarias, profesionales de la salud, centros de salud, hospitales y personal relacionado en caso que así fuese necesario.
Si( ) No( ) Hago extensiva esta autorización a las decisiones médicos-quirurgicas que fuera necesario adoptar por los responsables de la actividad, en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa.

Declaro que me encuentro en condiciones físicas adecuadas para participar voluntariamente en esta actividad, no padece enfermedad o lesión que pueda agravarse y perjudicar gravemente la salud, en caso de ser así lo pondré en conocimiento de la Asociación en el siguiente cuadro y acompañaré el pertinente informe médico.

ENFERMEDADES	
¿Padece actualmente alguna enfermedad que pueda afectar a la actividad?	

ALERGIAS Y DIETAS ESPECIALES	
¿Tiene alergia a algún tipo de medicamento?	
¿Presenta otras alergias? (alimenticias, plantas, etc)	
¿Sigue algún régimen o dieta especial?	

MEDICACIÓN		
¿Cuál?	Dosis	Pauta

Los datos que se solicitan resultan necesarios , de manera que de no facilitarnos no será posible la asistencia a la actividad

Firmado _____

Firma:

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección: ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT ANUNCIATA, C/ San Sebastián, 31, 02005 - Albacete (Albacete).
En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).