AUTORIZACIÓN ACTIVIDAD

DESCRIPCIÓN			
FECHA INICIO		**FECHA FIN**	
LUGAR			

EDUCANDO MENOR DE EDAD

D/Dña _____, como padre/madre/tutor/a, con D.N.I.: _____, y con teléfono de contacto _____, autorizo a mi hijo/a o tutorizado legal _____a asistir a la actividad arriba descrita organizada por la Entidad Prestadora de Servicios a la Juventud Grupo Scout Anunciata, así mismo autorizo al 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 y los de su hijo/a o tutorizado legal con la finalidad de poder relacionarnos con usted, los datos médicos y de salud de los asociados con el objetivo de poder prestarles nuestros servicios con una atención adecuada y personalizada a su estado de salud. Para lo que necesitamos recabar los datos necesarios de su hijo/a o tutelado legal.

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 mi hijo/a o tutelado legal se encuentra 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 de su hijo/a o tutelado legal a la actividad

Dª_____ DNI_____ como madre/ o tutelado legal de_____

Firma:

D._____ DNI_____ como padre/ o tutelado legal de_____

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).