# AUTORIZACIÓN PATERNA

## D/Dª \_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_

con DNI e domicilio habitual na rúa/praza

Núm.

 **\_ \_** Piso

 **\_ \_** Código Postal

 **\_ \_ \_** Localidade

##  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Provincia **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**, Tel. **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** Tel. móbil e email

 **\_ \_ \_ \_ \_ \_** , como nai/pai/titor legal de

 de anos, do colexio **.**

**AUTORIZO/A** a asistir á actividade LUDOTECA que organiza Vida Láctea SLU no CENTRO LUG2 os días 28 e 29 de maio.

Observacións:

A tenor do disposto no artigo 6 da Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de **Protección de Datos de Carácter Persoal**, coa cumprimentación do presente escrito dá o seu **consentimento** expreso para a posible utilización por parte da devandita empresa das fotografías e outro tipo de reportaxes audiovisuais realizados durante o desenvolvemento das mencionadas actividades -e nas que poida aparecer o seu representado- co obxecto de elaborar reportaxes que poidan ser ben publicados, ben empregados en tarefas de promoción dos programas organizados pola entidade arriba mecionada.

## SI AUTORIZO NON AUTORIZO

E para que así conste aos efectos oportunos asino a presente

En , de de 2019

Sinatura

Documentación que debe adxuntar:

Documentación que debe adxuntar:

* Fotocopia DNI do participante (se a ten).
* Fotocopia DNI do titor .
* Fotocopia tarxeta da Seguridade Social do participante .
* Tódalas autorizacións adxuntas.
* Informe Médico

Marcar se non quere recibir información de futuras actividades similares que poda organizar Vida Láctea.

# AUTORIZACIÓN PARA ABANDONO DE ACTIVIDADE

D/Dª con DNI

 .

## AUTORIZO

Que ao/á alumno/a sexa recollido no colexio por persoal de Vida Láxtea SLU, que facilitarán una copia do DNI ao persoal para o seu control.

En Lugo, a , de de 2019

Asdo.:

O titor

NOTA: calquera ocultación ou non veracidade da documentación aportada ou doutra información que implique o desenvolvemento normal da actividade campamentaria provocará a expulsión inmediata do participante.

**CUESTIONARIO MÉDICO** (NON TÉN porque ir acompañado de informe médico facultativo)

## CUESTIONARIO MÉDICO SANITARIO

¿PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE INFECTO-CONTAXIOSA?

¿PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE QUE PRECISA UN COIDADO ESPECIAL?

¿QUÉ TIPO DE VACINAS LLE FORON SUBMINISTRADAS?

INDICAR SE O SOLICITANTE SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO (no caso de ser afirmativo, deberán de presentar certificado médico xustificativo)

NOME E APELIDOS DO PARTICIPANTE

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE OS PAIS OU TITORES CONSIDEREN ADVERTIR

A Sociedade Mercantil VIDA LÁCTEA, SLU como responsable desta información, comprométese a respectar a confidencialidade da información de carácter persoal e a garantir o exercicio dos dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, que se poden exercer mediante comunicación escrita, acompañada dunha copia de DNI dirixida ao seguinte correo electrónico: **vidalacteagalicia@gmail.com**

**EN CASO DE URXENCIA AVISAR A**

NOME E APELIDOS

PARENTESCO

TELÉFONO TELÉFONO MÓBIL

Declaro baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados son certos. Do mesmo xeito, autorizo as decisións médico cirúrxicas que fose preciso adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.

 , de de 2019.

O/A pai/nai ou titor/a do/a participante.