



AUTORIZACIÓN PATERNA

D/D^o _____
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 mencionada.

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/D^a _____ con DNI _____
_____.

AUTORIZO

Que ao/á alumno/a _____ sexa
recollido no colexio por persoal de Vida Láctea 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

NOME E APELIDOS DO PARTICIPANTE

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

¿QUÉ TIPO DE VACINAS LLE FORON SUBMINISTRADAS?

¿PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE QUE PRECISA UN COIDADADO ESPECIAL?

¿PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE INFECTO-CONTAXIOSA?

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.