



CAMPUS FUTBOL - CF ATLÈTIC GIRONELLA

AUTORITZACIÓ PATERNA

Nom i Cognoms (participant):	
Nom i Cognoms del pare, mare o tutor:	
Població:	
CP:	
E-mail:	
Telèfon mòbil:	Telèfon fix:
Autoritzo al meu fill/a a assistir a les activitats del Campus de Gironella del 2011. Faig extensiva aquesta autorització a les decisions quirúrgiques que fossin necessàries adoptar, en cas d'extrema urgència, sota l'adequada direcció mèdica, renunciant expressament a exigir cap responsabilitat a l'Atlètic de Gironella i als seus monitors.	
Firma:	DNI:
Data de naixement:	DNI (participant):
DNI:	
Adreça:	
Per completar la inscripció cal enviar aquesta autorització junt amb el resguard de l'ingrés bancari i fotocòpia de la targeta sanitària del nen al Fax 93.822.97.27 o a campusatgironella@hotmail.com	
ADJUNTAR FOTOCÒPIA TARJETA SANITÀRIA	
NÚM TARGETA SANITÀRIA:	
En compliment del que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de caràcter personal, l'informem que mitjançant l'emplenament del present formulari ens dóna el seu consentiment perquè les seves dades personals i les del seu fill o tutelat siguin incorporades i tractades en un fitxer de dades personals, propietat de l'Atlètic de Gironella, garantint la seva seguretat i confidencialitat, amb la finalitat de la prestació i comercialització dels nostres serveis, raó per la qual és necessari complir la totalitat dels camps d'aquest formulari, entenent que les dades aportades han de ser certes i estar posades al dia, pel que preguem que ens sigui notificada qualsevol modificació. Així mateix, atorga la seva conformitat amb la publicació de les imatges captades en les que pugui aparèixer el seu fill o tutelat durant l'estada al Campus de Gironella, en qualsevol suport del club, per a les legítimes activitats del Campus. L'informem que pot exercir en qualsevol moment els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició si ens ho comunica al Camp de Futbol de Gironella	