

EVENTO

FIRMA

FECHA EVENTO

DÍA / MES / AÑO

MADRE, PADRE O TUTOR

APELLIDOS

NOMBRE

AUTORIZO AL MENOR

APELLIDOS

NOMBRE

FECHA NACIMIENTO

DÍA / MES / AÑO

DNI

Y CERTIFICA QUE NO PADECE NI ENFERMEDADES NI ALEGIAS QUE LE IMPIDAN EL DESARROLLO NORMAL EN ESTE EVENTO AUTORIZO A ATENDER POR LESIÓN POR MÉDICOS/ENFERMEROS, ASÍ COMO REALIZAR LOS TRASLADOS MÉDICOS EN CASO DE ACCIDENTE. CONOZCO Y ACEPTO LAS NORMAS DE SEGURIDAD DESCRITAS EN EL REGLAMENTO DEL EVENTO. DE ACUERDO CON LO QUE SE ESTABLECE EN REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO GENERAL DEL PROTECCIÓN DE DATOS, EN ASESORES Y ORG. DEP ALICANTE, S.L. TRATAMOS LA INFORMACIÓN QUE NOS ESTÁ PROPORCIONANDO CON LA FINALIDAD DE INCORPORARLA A UN FICHERO PROPIEDAD DE ASESORES Y ORGANIZADORES DEPORTIVOS ALICANTE S.L.



NO TIRES EL PAPEL SOBRANTE. REUTILIZA LA PARTE DE ABAJO PARA TUS NOTAS. POR UN MUNDO MAS SOLIDARIO CON EL MEDIO AMBIENTE.

