

# VÍ CAMPUS MULTIDEPORTE CAEP SORIA

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN PATERNA PARA PARTICIPAR EN EL V CAMPUS MULTIDEPORTE DE VERANO DEL 22 AL 30 DE JULIO DEL 2017

(A CUMPLIMENTAR POR EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR/A DE LOS MENORES DE 18 AÑOS)

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/pasaporte en vigor número \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ teléfono de contacto \_\_\_\_\_ y dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ en mi condición de padre/madre/tutor/tutora de D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/pasaporte en vigor número \_\_\_\_\_ o en su defecto fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ y teléfono de contacto \_\_\_\_\_, por la presente

AUTORIZO a mi hijo/hija/pupilo/pupila:

1. A que formalice su inscripción en el VI Campus Multideporte de Verano:

Fechas: del 22 al 30 de julio de 2017

- Interno (se incorporan el día 22 a cenar en la residencia Gaya Nuño)  
 Externo

A participar en las actividades organizadas por dicha Entidad en el Complejo Deportivo de "Los Pajaritos", así como los desplazamientos y actividades realizadas al aire libre que se realicen, siempre en presencia de los monitores correspondientes.

2. A que dicha Entidad pueda realizar fotografías y/o grabaciones de los participantes, durante las actividades deportivas citadas en el punto anterior, en las que pueda aparecer mi hijo/a, para la memoria y difusión de la actividad. En caso de no otorgar autorización para este asunto marcar la siguiente casilla .

A SU VEZ, DECLARO:

- a) Que el/la autorizado/a sabe que debe aceptar las normas de seguridad y de comportamiento que le sean indicados por los responsables del Campus para cada una de las actividades convocadas, autorizando a los responsables a imponer su criterio, aceptando incluso que, si la falta de disciplina lo requiere, en cualquier momento sea devuelto a su domicilio, y eximiéndoles de toda responsabilidad en caso de cualquier incidencia o accidente producida durante la práctica deportiva.
- b) Que le han sido administradas las vacunas que le corresponden por su edad y que no padece enfermedad, alergias, ni cualquier otra limitación que le impida participar con normalidad en las actividades programadas. En caso de padecer algún tipo de enfermedad o alergia, deberá especificarlas:  
.....  
.....  
Otros datos a conocer por los responsables de la actividad:  
.....  
.....
- c) Que conozco que la cobertura del riesgo de accidentes derivado de la práctica en estas actividades y competiciones deportivas del Campus deportivo no lleva implícito tener un seguro de accidentes, corriendo a cargo del participante los gastos médicos por lesión de accidente a través de la Seguridad Social o Seguros Privados.

Otorgada en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

**Firma**

(Adjuntar una fotocopia del DNI de la persona que autoriza y del Libro de familia o DNI del menor (hoja de datos paternos y del hijo, que permita comprobar la firma)

El arriba firmante autoriza a la Entidad organizadora del Campus deportivo a registrar los datos de carácter personal detallados en este impreso, los cuales serán tratados en todo momento de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable. En función de la aplicación de dicha normativa, el afectado podrá acceder, rectificar y cancelar su información remitiendo un escrito a la dirección del Club Deportivo Atletismo Numantino