

# Fitxa d'inscripció

ACTIVITAT ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

NOM NOMBRE \_\_\_\_\_

TELÈFONS TELÉFONOS Casa \_\_\_\_\_ Padre Pare \_\_\_\_\_ Madre Mare \_\_\_\_\_

CURS CURSO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

## AUTORITZACIÓ DEL PARE O DE LA MARE

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE

En/Na/N' Don/Doña \_\_\_\_\_

Amb DNI con DNI \_\_\_\_\_

Autoritzo el meu fill autorizo a mi hijo \_\_\_\_\_ a assistir a l'activitat organitzada per l'Associació Club Juvenil Raier més amunt indicada en les condicions establertes. A la vegada, autoritzo la direcció de l'activitat en cas d'urgència greu, i amb coneixement i prescripció mèdica, a prendre les decisions necessàries si ha estat impossible de localitzar-me a assistir a la actividad organizada por la Asociación Club Juvenil Raier indicada más arriba en las condiciones establecidas. A la vez, autorizo a la dirección de la actividad en caso de urgencia grave, y con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones necesarias si ha sido imposible localizarme.

Signatura del pare o de la mare

Firma del padre o de la madre

**Ompliu TOTES LES DADES DE LES DUES CARES d'aquesta fitxa. Necesitem el Carnet de Salut.**

**Rellenad TODOS LOS DATOS DE LAS DOS CARAS de esta ficha. Necesitamos el Carnet de Salud.**

## FITXA D'AUTORITZACIÓ

És necessari omplir aquest imprès amb la signatura del pare / mare / tutor-a i enviar-lo, junt amb la fotocòpia del CatSalut ja sigui per mail a [clubraier@gmail.com](mailto:clubraier@gmail.com), a la direcció postal C/ Arquitecte Morera i Gatell 44-46, 25198 Lleida o donar-lo en persona.

En/Na \_\_\_\_\_ (nom i cognoms),  
 a m b D N I \_\_\_\_\_, autoritzo al meu fill  
 \_\_\_\_\_ a assistir i participar en les activitats  
 organitzades per l'Associació Juvenil Raier. Igualment em declaro sabedor de les condicions de  
 participació, del projecte educatiu, de la normativa de convivència i de les activitats que es  
 duen a terme, i les accepto signant aquest document.

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdiques i quirúrgiques que s'hagin de  
 prendre en cas de gravetat extrema, sota la direcció facultativa pertinent.

I concreto que:

Autoritzo	a la publicació i utilització sense afany de lucre i conforme
No autoritzo	a la legislació vigent, per qualsevol procediment o suport, de la imatge, el nom i la veu del meu fill per als fines propis i activitats organitzades per l'Associació Juvenil Raier, així com en les publicacions, pàgines web, vídeos i altres materials propis.
Autoritzo	a traslladar al meu fill en vehicle particular conduït per
No autoritzo	una tercera persona vinculada amb l'associació i amb la finalitat de realitzar les activitats de l'Associació i a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat adients.
Autoritzo	a que el personal responsable de l'Associació administri la
No autoritzo	medicació que es sol·liciti per prescripció mèdica signada.

Adjuntar fotocòpia de la Targeta Sanitària **CatSalut**.

En compliment de la LOPD 15/1999 i de la LSSI-CE 34/02, s'entén que totes les dades personals han sigut facilitades a l'Associació Juvenil Raier amb autorització expressa perquè siguin incorporades en un fitxer de tractament automatitzat. Així mateix, s'informa que podrà exercir, respecte de les dades personals facilitades, el dret a l'accés, rectificació, cancel·lació i oposició enviant una carta a l'Associació Juvenil Raier o enviant un correu electrònic a [clubraier@gmail.com](mailto:clubraier@gmail.com), sol·licitant, si escau, que se li remetin les dades de caràcter personal que estiguin en els fitxers de l'Associació a efectes de la seva consulta, o la seva possible rectificació, o bé que es cancel·li i / o revoqui l'autorització.

Lloc i data

---

Signatura del pare / mare / tutor-a

La present Fitxa d'Autorització es fa efectiva el dia d'avui, i es renovarà automàticament cada any sempre que ambdues parts no ho denunciïn. En qualsevol cas, caldrà manifestar la intenció de resoldre el conveni amb un preavis de 30 dies.