



Ayuntamiento de Ponferrada

aVENTUra-t
Verano 19

DESCENSO DEL SELLA

Arriondas (Asturias)
Día 28 de junio.

Nº Inscripción:

Pagado:

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento: DNI:

Dirección:

..... Teléfono fijo: móvil.....

En caso de necesidad durante la actividad avisar a.....

....., en el teléfono.....

DATOS MÉDICOS

¿Tiene intolerancia a algún medicamento?

.....

¿Sabe nadar?

¿Tiene alguna intolerancia alimentaria?

.....

¿Tiene algún tipo de alergia?

.....

¿Padece o ha padecido recientemente alguna enfermedad o dolencia que pueda afectar durante la actividad?

.....

¿Está tomando alguna medicación?

.....

¿Tiene algún problema que le impida hacer ejercicio físico, marchas, etc?

.....

¿Ha tenido algún ataque epiléptico?

Añadir cualquier observación que considere oportuna

.....

.....

El Ayuntamiento de Ponferrada, le informa que los datos de carácter personal que nos facilite a través de este medio, serán objeto de tratamiento en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar su participación en las actividades del programa aVENTUraT Verano 19 "Descenso del Sella" y que sus datos podrán ser comunicados a empresas contratadas para dicha actividad. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD. 15/1999), dirigiendo un escrito al responsable del fichero: (Ref. Protección de Datos) – Ayuntamiento de Ponferrada, Plaza del Ayuntamiento, s/n – 24401 PONFERRADA (León), o a nuestra dirección de correo electrónico (lopd@ponferrada.org).



Ayuntamiento de Ponferrada

AUTORIZACIÓN (MENORES DE EDAD)

D., con DNI en calidad de del menor, AUTORIZO a que asista a la actividad "Descenso del Sella", organizado por el Ayuntamiento de Ponferrada dentro del programa aVENTUraT verano 2019, que tendrá lugar en Arriondas (Asturias) el día 28 de junio de 2019, y a participar en las actividades programadas, así como realizar todos los desplazamientos que tengan lugar. DECLARO que los datos consignados son ciertos, que conozco y acepto las normas de participación, siendo de mi única responsabilidad el incumplimiento de las mismas. CERTIFICO que el menor no padece enfermedad física, psíquica o cualquier otra circunstancia que impida el normal desarrollo de la actividad o la convivencia con el resto de participantes. AUTORIZO al coordinador de la actividad para que, en caso de que sea necesario, el menor sea examinado en un centro sanitario, así como para adoptar posibles decisiones médico-quirúrgicas, bajo la adecuada dirección facultativa, en caso de extrema urgencia y que no pudiera localizar a los padres o representantes legales.

AUTORIZO NO AUTORIZO a la organización, a emplear imágenes donde pudiera aparecer el participante para la promoción de la actividad, ya sea en edición impresa, digital, video, página web o su distribución entre los asistentes.

En Ponferrada a.....de.....de 2019

Fdo:.....

Se deberá entregar autorización firmada, copia de la tarjeta sanitaria y, en caso de menores de edad, fotocopia del DNI de la persona que firma la autorización.