



Ajuntament de Lleida



Autorització a menors de 18 anys per a la participació a les activitats del Departament de Joventut de l'Ajuntament de Lleida.

DADES DEL PARE / MARE O TUTOR-A LEGAL:

Nom i cognoms:

DNI:

Adreça:

CP:

Població:

Telèfon 1:

Telèfon 2:

Telèfon 3:

DADES DEL FILL/A (menor d'edat):

Nom i cognoms:

DNI:

Data de naixement:

Telèfon del menor:

ACTIVITAT/S EN QUÈ PARTICIPA: TORNEIG FUTSAL 12 HORES – DISSABTE 4 D'ABRIL DE 2020

AUTORITZACIONS

LA PERSONA SOTASIGNANT I EN REFERÈNCIA AL SEU FILL/A O MENOR QUE TUTELA LEGALMENT:

- **AUTORITZA** a la seva **participació en l'activitat/s** abans ressenyada/es.
- **ASSUMEIX** les responsabilitats derivades de qualsevol conducta inadequada del menor durant l'activitat i **AUTORITZA** als professionals responsables de l'activitat a **prendre les mesures necessàries pel correcte funcionament d'aquesta** (que podran anar des de la suspensió de la participació del menor, al retorn anticipat a casa amb despeses de desplaçament a càrrec del pare, mare o tutor-a legal). En qualsevol cas no es reembossarà cap quantitat de la part no realitzada del programa.

(Marqueu amb una creu)

Comunicació • AUTORITZA a que el menor rebi informació per correu electrònic o WhatsApp de les activitats de LleidaJove.	☐
Drets d'imatge • AUTORITZA a l'Ajuntament de Lleida a fer servir sense fins comercials, amb caràcter exclusiu i d'acord amb la normativa vigent, les imatges fotogràfiques i enregistraments de vídeo que es facin durant l'activitat amb l'objectiu de fer-ne difusió.	☐
Emergències sanitàries • AUTORITZA a que, en cas d'urgència mèdica, pugui ser atès per un metge. • AUTORITZA a que, en cas de gravetat, si no es pot contactar amb la família, es prenguin les decisions medicoquirúrgiques necessàries sota la direcció facultativa pertinent.	☐ ☐

ALTRES DADES IMPORTANTS

Si hi ha algun aspecte referent a la salut o altres temes que penseu que cal tenir en compte en el desenvolupament de l'activitat feu-ho constar en aquest quadre (malalties cròniques, medicacions, al·lèrgies, discapacitats, dificultats...).

Signatura,

Lleida, ____ de/d' ____ de 20 ____

D'acord amb l'article 5è de la LOPD (Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre) de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades facilitades seran incloses en un fitxer de l'Ajuntament de Lleida, amb la finalitat de realitzar la gestió de la sol·licitud. La persona afectada podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en el termes inclosos a la legislació vigent, mitjançant escrit presentat al Registre General de l'Ajuntament de Lleida, a l'Oficina Municipal d'Atenció Ciutadana, Rbla. Ferran, 32. 25007 Lleida.