

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
 en calidad de tutor del menor \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
 confirmo que -de manera previa a la inscripción en cualquier actividad- he leído y comprendido toda la **información** referida a las normas de uso del espacio. Por este motivo, declaro que estoy de acuerdo con todos los puntos descritos anteriormente y me comprometo a su cumplimiento.

**DATOS DEL ALUMNO**

Nombre y Apellidos

DNI

Dirección

Población

Email

Fecha nacimiento

C.P.

Provincia (*País*)

Teléfono

**DATOS DEL TUTOR LEGAL (Si fuera necesario)**

Nombre y Apellidos

DNI

Email

Parentesco

Teléfono

**ACTIVIDADES A LAS QUE SE INSCRIBE**

1º

2º

3º

4º

AUTORIZO a *Nuevo Fielato* a llevar a cabo la grabación de imágenes y/o la toma de fotografías, cediendo los derechos de imagen de los participantes en el taller para ser utilizadas como material promocional y de archivo del Centro. En caso de no autorizar dicha grabación y/o captación de imágenes para su uso en los términos establecidos, rogamos se notifique a la dirección del centro.

AUTORIZO a mi hijo/a para que participe en la actividad. Asimismo, autorizo al personal responsable de esta para que en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a actúen como mejor proceda.

**CONTACTO DE EMERGENCIA Y DATOS MÉDICOS**

Nombre y Apellidos

Teléfono

Nombre y Apellidos

Teléfono

Indique si el alumno tiene actualmente alguna enfermedad hereditaria, congénita, crónica, alérgica, alimentaria o de cualquier otra índole.

No      Sí      En caso afirmativo, indique enfermedad, tratamiento, alergia o cualquier otra observación.

AUTORIZO para que, en caso de que el menor de edad se encuentre en situación de necesitar tratamiento médico y/o ser internado y/o intervenido quirúrgicamente sin que el personal de *Nuevo Fielato* haya podido localizar a sus padres o tutores legales, estos quedarán autorizados para que se adopten las medidas urgentes y necesarias que consideren más oportunas para la salud del participante según indicaciones médicas. Los gastos asistenciales, sus medicamentos y traslados no cubiertos por la Seguridad Social o por el seguro privado del participante, serán de cuenta y cargo del mismo.

AUTORIZO de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a *Nuevo Fielato* para almacenar y tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto social.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

*Guarda el archivo con tu nombre y dos apellidos*