



AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS CON EL CORO ASOCIACIÓN VOCES BLANCAS DE VALLADOLID

Nombre y apellidos:

DNI:

Nº Seguridad Social:

Nombre y apellidos padre/madre/tutor legal:

Tlfn Madre:

Tlfn Padre:

Persona de contacto en caso de emergencia:

Tlfn en caso de emergencia:

Alergias conocidas:

Dieta especial:

¿Padece o ha padecido trastornos nerviosos, psíquicos o digestivos?:

¿Sigue algún tratamiento médico?:

¿Hay alguna actividad que no pueda realizar? Indique actividad y motivos:

AUTORIZACIÓN PARA EN CASO DE EMERGENCIA OBSERVAR Y DECIDIR POR EL MEJOR TRATAMIENTO PARA EL MENOR:

En caso de decisión necesaria y urgente:

AUTORIZO

NO AUTORIZO

Fecha y firma

Según la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, informamos que sus datos personales serán tratados por parte de ASOCIACION VOCES BLANCAS DE VALLADOLID con la finalidad de gestionar su participación en esta actividad, y de poderles enviar comunicaciones relacionadas con la actividad del coro o con cualquier otra realizada por la Asociación Voces Blancas de Valladolid. ustedes pueden ejercer en cualquier momento los derechos de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y demás derechos en los términos establecidos en la normativa vigente dirigiéndose a: ASOCIACION VOCES BLANCAS DE VALLADOLID, C/ Conde Ansúrez 1 47003 Valladolid, tel. 647 532 210, e-mail: vocesblancasdevalladolid@hotmail.com. Asimismo, Ud. nos puede solicitar el envío de información adicional sobre nuestra política de protección de datos, a la dirección indicada anteriormente.