



AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA ACTIVIDADES

D./D^a. _____
con DNI/Pasaporte nº _____ autorizo que mi
hijo/a _____,
una vez finalizadas las actividades en las que se encuentra participando desde el ____/
_____ al ____/ _____ sea recogido por alguna de las siguientes personas: (incluir
también el nombre de los padres)

- s D./Dña. _____
- s D./Dña. _____
- s D./Dña. _____
- s D./Dña. _____
- s D./Dña. _____
- s D./Dña. _____

(Conozco e informo a la persona autorizada del horario y lugar de recogida, así como la obligación de identificación ante los responsables de la actividad mediante DNI/Pasaporte, por lo que de no darse cumplimiento a cualquiera de las circunstancias anteriores se procederá como si no hubiera comparecido a recoger al menor, según las condiciones generales de contratación, sin que de ello se derive responsabilidad alguna para la organización).

Madrid, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que mis datos facilitados en cualquier formato (verbal, escrito o telemático), sean incorporados a los ficheros cuyo responsable es la Federación Madrileña de Natación con la finalidad de poder gestionar mi relación con la misma. Asimismo, consiento el envío de comunicaciones incluidas las comerciales, aun por medios electrónicos. Quedo informado que mis datos serán cedidos, a la empresa Deportes, Ocio y Eventos para el control y organización de esta actividad y a la compañía aseguradora con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante un posible accidente. Autorizo a la Federación Madrileña de Natación y a la empresa Deportes, Ocio y Eventos, a usar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir reproducciones fotográficas, grabaciones en video o audio en las que participa mi hijo/a para uso únicamente divulgativo y escolar, respetando en todo momento el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los participantes. El interesado o representante legal (en su caso), manifiesta bajo su responsabilidad que no tiene impedimento físico o médico para desarrollar con normalidad la actividad en la que se inscribe. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de mis datos en la dirección postal c/ José Martínez de Velasco, 3 (Centro M-86). 28007 Madrid, según el procedimiento previsto en la normativa vigente.