



AUTORITZACIÓ PER PARTICIPAR A

DADES DEL PARTICIPANT:

Nom i Cognoms:
 Data de naixement:
 Nacionalitat:Nº Passaport:
 Adreça:
 Correu electrònic:
 Telèfon de contacte:
 Segueix tractament mèdic?

Si el nen/nena ha de seguir un tractament mèdic durant la sortida, és imprescindible una recepta mèdica.

Observacions (Malaltia crònica, al·lèrgies,):

AUTORITZACIÓ:

Jo,, com a PARE/MARE/TUTOR, autoritzo al nen/nena..... a efectuar que organitza l'Esquí Club d'Andorra durant els diesdel mes de del 2010.

Així mateix, **AUTORITZO** als entrenadors a prendre en cas d'urgència, les mesures necessàries (tractaments mèdics, hospitalitzacions, intervencions quirúrgiques) que requereixi l'estat del nen.

Data:

Signatura

Legislació aplicable: En compliment de la Llei Qualificada de protecció de dades personals 15/2003, del 18 de desembre, autoritza expressament que les dades de caràcter personal i els drets d'imatge facilitades a l'Esquí club d'Andorra siguin tractades d'una manera automatitzada i siguin incorporades als fitxers del club. Així mateix, el soci dona el seu consentiment que l'Esquí club d'Andorra podrà utilitzar aquestes dades per a les finalitats següents: Per enviar-li informació relativa a les ofertes, promocions i altres notificacions de caràcter comercial o publicacions pròpies del club i/o per cedir-les, amb les finalitats esmentades anteriorment, als patrocinadors. En qualsevol moment pot reservar el dret d'accés a la seva informació personal, rectificar-la o cancel·lar-la mitjançant una notificació escrita dirigida a l'Esquí club d'Andorra a l'adreça Avda. Dr. Mitjavila, 12 1-2 AD500 Andorra la Vella





DOMICILIACIÓ BANCARIA:

Autoritzo a l'Esquí Club d'Andorra a carregar en el compte els imports corresponents a l'estatge que el nen/nena : _____

Realitzarà a

_____, _____ del mes de _____ de l'any 2010

