

# AUTORITZACIONS

cal imprimir i signar aquest full



<b>Nom i cognoms del jugador/a</b>	<b>Número Reserva</b>
<b>Nom i cognoms del tutor/a</b>	<b>DNI</b>

**Autorització participació.** Autoritzo al meu fill/a citat/da anteriorment perquè participi al 11è Campus Rafa Martínez. L'autorització que s'exigeix per la inscripció del Campus als menors d'edat, implica el reconeixement de l'aptitud mèdica per practicar activitats esportives. Si  No

**Autorització desplaçaments.** Autoritzo al meu fill/a perquè efectuï tots els desplaçaments i excursions que l'organització del Campus Rafa Martínez cregui convenients. Si  No

**Autorització drets d'imatge.** Permeto que es puguin utilitzar fotos i vídeos del meu fill/a, per tal de penjar-los a la pàgina web i en diferents elements de promoció. Si  No

**Autorització piscina.** Sap nedar? Si  No

**Autorització informació.** Confirmo que vull seguir rebent les informacions del Campus a través del correu electrònic i, així, mantenir-me informat de totes les notícies, accions i activitats que es portin a terme. Si  No

**Autorització mèdica.** Amb la meua signatura allibero a l'organització de qualsevol responsabilitat en cas de lesions, accidents, pèrdues o danys que el jugador pateixi durant la setmana del campus (inclosos els trasllats). I autoritzo les decisions mèdiques que fossin necessàries prendre en cas d'extrema urgència sota la direcció del servei mèdic. Si  No

**Dades mèdiques (al·lèrgies, malalties,...).** Si el seu fill/a té alguna al·lèrgia, malaltia o trastorn, li preguem ho especifiqui a continuació.

- Al·lèrgia, malaltia o trastorn: .....
- En cas de seguir algun tractament :

Autoritzo al meu fill/a a prendre el medicament:.....  
en la dosi següent:.....

I perquè així en quedi constància, signo aquestes autoritzacions a Artés, el ..... de ..... de 2018.

Signatura:

## Nota Important:

Segons estableix La Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals i la documentació que s'adjunta, seran incorporats en un fitxer de propietat del Club Bàsquet Artés, amb la finalitat d'efectuar la present sol·licitud d'inscripció i enviar-vos publicitat sobre campanyes i productes.

Vostè permet expressament i autoritza al Club Bàsquet Artés. En cas contrari, marqui la casella amb una x . En tot cas vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a la següent adreça: Campus Rafa Martínez, Pavelló d'esports, C/ Barcelona, s/n, Artés (08271).

