



## AUTORIZACIÓN:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI: \_\_\_\_\_, PADRE/ MADRE

Y/O TUTOR/A LEGAL de: \_\_\_\_\_, AUTORIZO:

- **AUTORIZO** la asistencia de mi hijo/a al Campamento Urbano organizado por Club Deportivo Elemental Tupanga en las fechas indicadas en la información publicada.

- **AUTORIZO** la realización de fotografías y videos durante el desarrollo de la actividad y la posterior utilización por parte del C.D.E. Tupanga, para fines propios de la actividad, como pueda ser la elaboración de material gráfico como recuerdo del mismo para entregar a las familias que quedará como propiedad de C. D. E. Tupanga.

- Y dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, con la firma del presente documento autorizo a C. D. E. Tupanga a hacer uso de las fotografías y videos que se realicen. La utilización de este material será en el ámbito del club (web, redes sociales, publicaciones locales y similares).

- **AUTORIZO** tanto a C.D.E. Tupanga como a los monitores responsables del campamento urbano a que, en caso de accidente que requiera iniciar un protocolo con carácter de URGENCIA durante el desarrollo de la actividad y siempre que no sea posible contactar con nosotros en los teléfonos de contacto facilitados en la inscripción, se dé aviso a los servicios de emergencia de la Comunidad de Madrid, o se traslade a mi hijo/a al centro asistencial del sistema de salud pública más cercano o al que, bajo prescripción médica, sea recomendado.

- **DECLARO** así mismo que el menor está en perfectas condiciones físicas para su participación en las diferentes actividades que se van a desarrollar durante el campamento urbano.

- **AUTORIZO** al monitor encargado del campamento a que, en caso de necesitarlo, administre la siguiente medicación tal y como indico en la autorización para administración de medicamentos adjunta.

(Por favor, en tal caso, entregue los medicamentos debidamente etiquetados con el nombre del alumno/a, la prescripción médica, y la autorización anexa.)

ENFERMEDADES, DIETAS, INTOLERANCIAS, ALERGIAS U OBSERVACIONES:

---

---

---

¿SABE NADAR? Marcar la opción correcta.

SI

NO

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma de padre/ madre/ tutor