

II Densukoa KIN-BALL® Open. Galapagar.

10 y 11 de Enero de 2015



Densukoa



Autorización de Participación

(Menores de Edad)

Cumplimentado y datos de: padre / madre / tutor(a)

Apellidos, Nombre: _____

Fecha nacimiento: _____ Teléfono de contacto: _____

Autorización de participación y publicación de imágenes de los participantes en el "II Densukoa KIN-BALL® Open" que se celebrará en Galapagar, organizado por el Ayuntamiento de Galapagar y Densukoa, con el apoyo del Club de Bádminton de Galapagar y el Club Deportivo B105.

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios didácticos al alcance de la comunidad de la educación no formal, como son los eventos deportivos infantiles, y la posibilidad de que en estos puedan aparecer imágenes y/o vídeos de vuestros hijos durante la realización de los mismos.

Y dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el 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.

La dirección de este campeonato de KIN-BALL®, pide el consentimiento a los padres o tutores legales para poder publicar las imágenes y/o vídeos en las cuales aparezcan individualmente o en grupo que con carácter pedagógico se puedan realizar a los niños y niñas participantes del Campeonato, en las diferentes secuencias y actividades realizadas durante el transcurso de la actividad, que se llevará a cabo en Galapagar (Madrid) los días 10 y 11 de Enero de 2015.

✂ _____

Menor de Edad A rellenar por el padre, madre o tutor, en todo caso por la persona que ostente la patria potestad o tutela legal del menor

Yo, D/Dª _____ con DNI N° _____ ,
como padre / madre / tutor (a) autorizo a _____
nacido (a) el _____ y con DNI _____

a participar en el 'II Densukoa KIN-BALL® Open', aceptando todas las condiciones de la convocatoria y las propias de la actividad, declarando que es apto/a para desarrollarla y que no padece enfermedad que lo impida.

Autorizo a un uso pedagógico de las imágenes realizadas durante el transcurso del Campeonato que se celebrará los días 10 y 11 de Enero de 2015 en Galapagar.

Autorizo asimismo las decisiones medicoquirúrgicas que fuese necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa.

DECLARO que todos los datos reflejados en este documento son ciertos y no se ha omitido información que pueda ser necesaria.

Adjunto fotocopia del DNI del menor de edad

Firma del Padre / Madre / Tutor(a)

En _____ a _____ de _____ de 2015

Marque esta casilla si quiere recibir información de futuros eventos y actividades de KIN-BALL®

Correo electrónico: _____

Esta autorización la deberá llevar el representante del equipo el día del campeonato o hacérsela llegar a la organización del evento con anterioridad.

Gracias. info@densukoa.com | kinball@elb105.com