



AREA DE CULTURA Y CIUDADANÍA



AUTORIZACIONES

D/Dª _____, con DNI _____
como padre/madre o tutor/a de _____,
DOY MI CONSENTIMIENTO para:

- Que en caso de algún incidente durante el horario de la Escuela de Verano el/la menor pueda ser trasladado/a al consultorio médico.
- Que durante la realización de las actividades de la Escuela de Verano se le puedan sacar fotos o vídeos para la presentación de la memoria final o publicación en redes sociales.

En Pilas a ____ de _____ de 2024

Fdo. _____

FICHA MÉDICA

Nombre y apellidos del niño/a _____

Enfermedad/ Alergia: _____

Discapacidad /NEE: _____

¿Toma alguna medicación que debemos conocer? _____

PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 03/2018, de 05 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Excmo. Ayuntamiento de Pilas le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario y demás documentación que se adjunta, van a ser incorporados, para su tratamiento, al fichero automatizado de Servicios Sociales, con la finalidad de recoger los datos personales de todas las personas solicitantes de este recurso y de su unidad familiar.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría de este Ayuntamiento.