



AUTORIZACIÓN

(personas autorizadas para recoger a mi hijo/a)

Don/doña:						
Con NIF nº		Domicilio en Calle:				
Población:		Provincia :		C.P.:		
Teléfonos:						
En calidad de (rodea con un círculo):		Padre	Madre	Tutor legal	Abuelo	Abuela
Autoriza a su hijo/a:						
Con fecha de nacimiento:						

Autorizo participar en la Ludoteca y Espacio Joven de San Mateo de Gállego: que se desarrolla en el **CENTRO MUNICIPAL DE ENSEÑANZAS GALO PONTE** y en todas las actividades que se realicen tanto en el **CENTRO MUNICIPAL** como en el Pabellón municipal de San Mateo de Gállego, manifiesta que el estado de salud de su hijo es normal para la práctica de actividad físicas y lúdicas bajo el control de sus monitores, renunciando a exigir responsabilidad alguna por lesión que se pudiera originar en las prácticas que se realizan en la Ludoteca y Espacio joven que asumo en su totalidad.

COVID-19: Se llevarán a cabo todas las medidas preventivas marcadas por la actual Ley de Sanidad

OBSERVACIONES: (Alergias, tratamiento médico o información a reseñar)

En caso de no respetar las normas básicas de convivencia, se tomarán las medidas adecuadas que pueden suponer, en caso necesario, **la expulsión del niño de la actividad.**

*De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Ley Orgánica 1/1982, de 5 de Mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, **AUTORIZO** para que los datos y fotos recogidos durante la Ludoteca y Espacio Joven impartido en el Centro Municipal de Enseñanzas Galo Ponte del Ayuntamiento de San mateo de Gállego, puedan ser utilizados para realizar una proyección pública y ser copiados en soporte informático*

Rodea con un círculo:

Autorizo

No autorizo

Firma del padre/madre/representante legal