



FITXA DE INSCRIPCIÓ JUNIORS MD ALMUSSAFES CURS 2015/2016



CENTRE JUNIORS: **ALMUSSAFES**

DADES DE L'ASSOCIAT

NOM		COGNOMS	
DATA NAIXEMENT		EDAT	
DIRECCIÓ		NUM.	PTA.
C.P.	MUNICIPI		PROVÍNCIA
TELÈFON 1		TELÈFON 2	E-MAIL

DADES DELS PARES / MARES / TUTORS

NOM		COGNOMS	
MÒBIL		E-MAIL	DNI
NOM		COGNOMS	
MÒBIL		E-MAIL	DNI

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

D. / DONYA. _____, como a mare/pare/tutor de

_____, DECLARE:



Que totes les dades expresades en esta fitxa son veritat, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament de l'activitat.

Que cedisc al Centre J únior s (pertanyent a J únior s Moviment Diocesà) els drets que tinc sobre la imatge del menor quan aquesta es reproduísca en fotografies i vídeos presos en totes les activitats realitzades a través del Centre J únior s. En conseqüència, autoritze al Centre J únior s a fixar, reproduir, comunicar i a modificar per tot mitjà tècnic, les fotografies i vídeos realitzats en el marc de la present autorització. Tant les fotografies com els vídeos podran reproduir-se en tot suport i integrats en qualsevol altre material coneguts o per conèixer. Les fotografies i els vídeos presos podran explorar-se en tot el món i en tots els àmbits, directament pel Centre J únior s o cedides a tercers. Autoritze la utilització de la imatge del menor en tots els contextos relatius al Centre J únior s i a la parròquia. S'entén que el Centre J únior s prohibeix expressament, una explotació de les fotografies susceptibles d'afectar la vida privada del menor, i una difusió en tot suport de caràcter pornogràfic, xenòfob, violent o il·lícit. De la mateixa manera, la persona inscrita no està vinculada a cap contracte exclusiu sobre la utilització de la seua imatge o el seu nom.

I AUTORITZE A _____ a participar en les activitats del *Curs 2015/2016* de JUNIORS MD ALMUSSAFES, i a que en cas de màxima urgència el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica.

Declare ser major d'edat,

_____, _____ d _____ de _____ Signatura: _____

DNI: _____ E-mail: _____

Li informem de que les seues dades personals van a ser incorporades a un fitxer, propietat del Centre J únior s, creat amb la finalitat de gestionar i controlar les peculiaritats mèdiques que l'associat declara, per al que **vosté conscient expresament**. En qualsevol moment, podrà exercitar els seus Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, mitjançant un escrit i acreditant la seua personalitat dirigit al centre J únior s. Vosté permet expressament conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, la cessió de les seues dades personals al Centre J únior s amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat.

(Junt amb aquest imprés serà necessari adjuntar la fotocòpia del DNI del tutor dalt signant)