

<b>DATOS DEL PARTICIPANTE</b>
-------------------------------

NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
D.N.I. / N.I.E. / PASP.	
DOMICILIO	
POBLACION y C.P	
DATOS DE INTERES (Alergias, enfermedades, observaciones)	

<b>DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR</b>
-----------------------------------

NOMBRE	
APELLIDOS	
D.N.I. / N.I.E. / PASP.	
CORREO ELECTRONICO	
TELÉFONOS CONTACTO	

*Por el presente, el abajo firmante, como Padre/Madre/Tutor Legal del INSCRITO, AUTORIZO al mismo a realizar todas las Actividades propias del Campus de Escalada, organizado por el AMI al que asiste, estando informado de ellas, así como a la captación y divulgación de imágenes y a su divulgación en la página del Club y en el Faceebok. Autorizo a los responsables de la actividad a tomar cualquier decisión que consideren necesaria ante una actuación médica. Descargo toda responsabilidad al AMI o a los profesores en el caso de que mi hijo/a no cumpla las normas de seguridad.*

*Respecto de los datos facilitados, en todo momento podrá ejercer el derecho de acceder al fichero donde se encuentran los mismos, pudiendo ejercitar los derechos de rectificación, cancelación, oposición y cualquier otro contenidos en la Ley Orgánica, 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y legislación concordante.*

- A que el niño/a pueda abandonar solo la actividad: \_\_\_\_\_
- A las siguientes personas a recoger al menor

Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

A Coruña , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**(FIRMA**