



Autorització a menors de 18 anys per a la participació a les activitats de l'Àrea de Joventut de l'Ajuntament de Pals

DADES DEL PARE/ MARE O TUTOR/A LEGAL:

Nom i Cognoms: _____ DNI: _____
 Adreça: _____ CP: _____ Població: _____
 Telèfon 1: _____ Telèfon 2: _____

DADES DEL FILL/A (menor d'edat):

Nom i Cognoms: _____
 DNI: _____ Data de naixement: _____
 Telèfon: _____ Correu electrònic: _____

ACTIVITAT EN QUE PARTICIPA:

Nom activitat: _____ Dates: _____

AUTORITZACIONS

AUTORITZO al meu fill/a a participar en l'activitat abans ressenyada, amb les condicions i responsabilitats de les que he estat informat/da i que organitza l'Àrea de Joventut de l'Ajuntament de Pals.	<input type="checkbox"/>
AUTORITZO al meu fill/a a rebre informació per correu electrònic o WhatsApp de les activitats juvenils de Pals	<input type="checkbox"/>
Drets imatge AUTORITZO a l'Ajuntament de Pals a captar la meua imatge personal sense fins comercials en l'enregistrament visual o audiovisual d'aquesta activitat, i a utilitzar-la en qualsevol mitjà o format, inclosa la difusió a través de la web i xarxes socials, de forma gratuïta i sense límit temporal ni territorial, als efectes de la Llei Orgànica 1/82 de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, i a la pròpia imatge.	<input type="checkbox"/>
Emergències sanitàries AUTORITZO a que en cas d'extrema urgència, s'adoptin les decisions mèdica-quirúrgiques que calgui, sota la direcció facultativa pertinent, si ha estat impossible la meua localització.	<input type="checkbox"/>

ALTRES DADES IMPORTANTS

Si hi ha algun aspecte referent a la salut o altres temes que penseu que cal tenir en compte en el desenvolupament de l'activitat feu-ho constar en aquest quadre (malalties cròniques, medicacions, al·lèrgies, discapacitats, dificultats...)

Signatura,

Pals, de/d' de 20