

ACTIVIDAD "NEW STYLE BAILE"

DATOS DEL ALUMNO/A:

NOMBRE

FECHA NACIMIENTO DNI

E-MAIL

TELÉFONO DEL MENOR (en caso de tener teléfono propio)

DATOS DE LA MADRE/PADRE/TUTOR/A (autorizados a recoger al menor):

NOMBRE:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
APELLIDOS:	<input type="text"/>	TELÉFONO/S:	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
APELLIDOS:	<input type="text"/>	TELÉFONO/S:	<input type="text"/>

Persona/s autorizada/s para recoger al niño/a (Obligatorio rellenar todos los campos y adjuntar fotocopia DNI)

NOMBRE:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
APELLIDOS:	<input type="text"/>	TELÉFONO/S:	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
APELLIDOS:	<input type="text"/>	TELÉFONO/S:	<input type="text"/>

DA SU AUTORIZACIÓN PARA QUE EL MENOR VUELVA SOLO A CASA (Rodee lo que proceda) SI NO

OBSERVACIONES SOBRE CUSTODIA, DISCAPACIDADES, ETC.

ALERGIAS, INTOLERANCIAS Y OTRAS ENFERMEDADES (en caso de no existir ninguna o ser desconocidas, por favor, indíqueno, no dejar en blanco esta casilla)

FIRMA AUTORIZADA Y DNI DEL PADRE/MADRE/TUTOR (RODEAR LA OPCION QUE PROCEDA)

FIRMA AUTORIZADA Y DNI DEL MENOR A PARTIR DE 14 AÑOS

(Protección de Datos de Carácter Personal)

Nombre y Apellidos del usuario: _____

Con D.N.I. o N.I.E.: _____

En caso de que el alumno fuese menor de 14 años

D/D^a. _____ con DNI/NIE _____ (del que acompaña copia), actuando como padre, madre o tutor, presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos.

A través de la cumplimentación del presente formulario, Vd. presta su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos personales facilitados, en los siguientes términos:

Responsable. Le informamos que el responsable del tratamiento es SONYSPOORT MAGIC, S.L., con domicilio en CL. NEPTUNO, 2 - 28850 TORREJÓN DE ARDOZ (Madrid). Email: asgarcia@sonysportmagic.com.

Finalidades: La finalidad del tratamiento de sus datos personales es la gestión de la inscripción y la prestación de los servicios profesionales consistentes en la realización de actividades extraescolares, así como informarle sobre nuestras actividades, cursos y eventos. Asimismo, solicitamos su consentimiento para en tratamiento de los datos personales facilitados con las siguientes finalidades:

SI	NO	Otras finalidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La captación de imágenes durante las actividades realizadas para compartirlas mediante soportes informáticos con los padres o tutores de los alumnos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La captación de imágenes del menor durante las actividades realizadas para su posterior publicación en la página web y las redes sociales del responsable.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso emergencia, la comunicación de los datos personales del alumno al servicio médico seleccionado para su hospitalización o tratamiento.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de ser necesario para la práctica del deporte, la comunicación de los datos personales del alumno a las distintas Federaciones.

Legitimación del tratamiento. La base legal para el tratamiento de los datos es la relación contractual establecida, el consentimiento que nos otorgue en el recuadro anterior y el interés legítimo del responsable para el envío de información sobre nuestras actividades, cursos y eventos, amparado en el art. 21 de la LSSI.

Conservación de los datos. Los datos de carácter personal que sean facilitados se conservarán durante el tiempo necesario para alcanzar el fin descrito y, posteriormente, se mantendrán durante el plazo en que se pueda derivar cualquier responsabilidad.

Destinatarios. Los datos podrán ser comunicados a las distintas Federaciones cuando sea necesario para la práctica del deporte, a la entidad aseguradora para la contratación del seguro de accidente del participante y a los servicios médicos en caso de emergencia. También podrán ser comunicados a terceros por obligación legal.

Derechos. En cualquier momento, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitar el tratamiento de sus datos, o directamente oponerse al tratamiento, o ejercer el derecho a la portabilidad de los mismos.

Todo ello, mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique, dirigido al responsable del fichero. En caso de disconformidad con el tratamiento, también tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Adicionalmente, le informamos que SONYSPOORT MAGIC, S.L. no se hace responsable de las consecuencias que se puedan derivar de la omisión o falsedad de los datos que se hayan consignado tanto en la hoja de inscripción como en la ficha médica.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Firmado: _____