



ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE MADRID

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR DEL MENOR

(A cumplimentar por el padre/madre o tutor/a)

AUTORIZACIÓN RELATIVA A LA ACTIVIDAD

Fecha:

D/Dña con D.N.I.

Autorizo a mi hijo/aa

participar activamente en las actividades realizadas por la Asociación de Diabéticos de Madrid en el marco de esta acción, con las condiciones establecidas, y hago extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que fuese necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente, si no fuera posible contactar con la familia.

En, a de de 2012

Firma del padre/madre o tutor.

Teléfono/s de contacto durante la actividad (indicar a quien nos dirigimos):

Persona contacto: Teléfono:

Persona contacto: Teléfono:

Por favor, indíquenos si el menor está autorizado a abandonar la actividad con algún otro adulto responsable al término de la misma, diferente a la persona que firma.



Si es así, facilítenos la fotocopia del DNI de esta persona.

En caso de autorizarle a irse solo, por favor, marque esta opción y firme de nuevo:

Autorizo a mi hijo/a a abandonar la actividad sola/o a la finalización de la misma bajo mi responsabilidad.

Firma del padre/madre o tutor.

AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN

Yo ,, como padre/madre o tutor de
..... doy mi consentimiento y autorizo

expresamente para que la Asociación de Diabéticos de Madrid trate las imágenes y fotografías de mi hijo y tutelado para finalidades de publicación de las mismas en comunicaciones a medios, publicaciones en medios y publicación de las mismas en material divulgativo de la Asociación.

DNI:

Fecha:

Firma del padre/madre o tutor.

La Asociación de Diabéticos de Madrid le recuerda que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a info@diabetesmadrid.org .