

Información avanzada sobre protección de datos para menores de idade/saúde

Vostede, D/Dna.

con DNI _____ declara ser titor/a de _____

por tanto, procedemos a informarle do tratamento de datos de carácter persoal que faremos.

O responsable do tratamento dos seus datos persoais é o **CLUB BALONCESTO MARÍN PEIXEFRESCO** con dirección no PAVILLÓN MUNICIPAL DA RAÑA CALE RECAMAN 26 MARÍN (Pontevedra)36900; direccion@peixegalego.com

1.- Finalidade do tratamento: os datos serán utilizados para prestar o servizo solicitado como club deportivo, así como para a xestión administrativa derivada do mesmo.

2.- Datos de saúde: poderán solicitarse datos relativos ao estado de saúde e dos tratamentos médicos que está a recibir ou recibirá.

O feito de que non nos facilite parte da información solicitada poderá supoñer a imposibilidade de prestar o servizo que quere contratar co **CLUB BALONCESTO MARÍN PEIXEFRESCO**.

3.- Uso de imaxes audiovisuais: co fin de promocionar a nosa entidade gustaríanos que nos autorizase a utilizar as súas fotografías, voz, vídeos nos nosos Redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, Vimeo,) e páxina web en www.peixegalego.com. por favor marque a casa que se axuste ao permiso que quere darnos.

Sí dou o meu consentimento para que se publiquen as súas fotografías a través das redes sociais/web.

Non, non dou o consentimento para que se publiquen as súas fotografías a través das redes sociais/web.

4.- Publicidade: necesitaremos o seu consentimento para enviarlle información sobre os nosos servizos, actividades ou boletíns informativos. Por favor marque a casa en función de se desexa ou non recibir máis información comercial.

Si, dou o meu consentimento para que me envíen información sobre os nosos servizos, actividades ou boletíns

Non, non dou o meu consentimento para que me envíen información sobre os nosos servizos, actividades ou boletine

5. Prazo de conservación dos datos facilitados: conservaranse mentres se manteña a nosa relación comercial e mentres non se solicite a supresión dos mesmos.

6.- Lexitimación: este tratamento de datos persoais está lexitimado polo consentimento que nos outorga coa firma da presente autorización e conserváremolo mentres se realiza a prestación do servizo.

7.- Destinatarios da cesión: CLUB BALONCESTO MARÍN PEIXEFRESCO non cederá os seus datos de carácter persoal .

8.- Dereitos: ten vostede o dereito para acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos, así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a portabilidade dos mesmos.

9.- **O CLUB BALONCESTO MARÍN PEIXEFRESCO** dispón de formularios específicos para facilitar o exercicio dos seus dereitos pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios nas nosas instalacións ou por correo electrónico en dirección@peixegalego.com sempre acompañados dunha copia do seu DNI para editar a súa identidade.

Fecha: Marín a de 20

Firma



FICHA DO PARTICIPANTE NO CAMPXG MULTIDXT

DATOS:

Nome:		1ºApelido:		2º Apelido:	
Data nacemento:		Email Pai/Nai/Titor:			
DNI:		Tfnos contacto:			

Lesións e enfermidades anteriores: _____

Alerxias: _____

Alerxias alimentarias: _____

O que abaixo asina autoriza a que o neno/a cuxos datos figuran enriba, participe na actividade do Club Baloncesto Marín Peixefresco nos desprazamentos ou actividades que os responsables consideren oportunas durante a duración da actividade.

Declaración responsable do pai/nai/titor/titora:

- Son coñecedor/a de o contexto de pandemia actual provocada pola Covid-19 e acepto as circunstancias e riscos que esta situación pode comportar durante o desenvolvemento da actividade, na cal o meu fillo/para participa. Así mesmo, entendo que os organizadores non son responsables das continxencias que poidan ocasionarse en relación á pandemia durante a actividade.
- Que informarei á dirección técnica do campus (cantera@peixegalego.com) de calquera variación do estado de saúde do meu fillo/a e/ou a aparición de calquera síntoma asociado compatible coa sintomatoloxía asociada á Covid-19 mentres dure a actividade, así como da aparición de calquera caso de Covid-19 na súa contorna familiar, sen poder asistir ao campus no caso de que se dese algunha das circunstancias mencionadas anteriormente.
- Que o meu fillo/a, durante os últimos 14 días, e nestes momentos:
 - Non presenta ningunha sintomatoloxía compatible coa Covid-19 (febres, tose, dificultade respiratoria, malestar, diarrea, etc.) ou con calquera outro caso infeccioso.
 - Non conviviu ou non tivo contacto estreito con ningunha persoa positiva de Covid-19 confirmada ou cunha persoa que tivese sintomatoloxía compatible nos 14 días anteriores á realización da actividade.

Sinatura Pai/Nai/Titor/a

Asdo.: _____

DNI: _____

CamPXG MultiDXT

INSTRUCCIÓN PARA ENCHER O DOCUMENTO

- No caso de varios irmáns, haberá que cumprimentar unha folla por cada un deles.
- Este documento entregarase a cada monitor responsable do grupo o primeiro día de cada semana do campus (se a situación de recollida mantense durante toda a semana), ou o día en que se dea a circunstancia especial de recollida.

D./D,^a con DNI
, como pai/nai/titor do alumno/a
 durante a semana desde (poñer data)
 ata....., do
 campus/campamento....., autorizo ao mesmo/á (marcar
 cunha X):

a) Abandonar o campus multideporte unha vez finalizada a xornada diaria, sen ser recollido por un adulto no punto de encontro.	
b) Ser recollido por outra persoa allea a o seu pai/nai/titor en o punto de encontro. Indicar nome e DNI do mesmo (solicitarase no momento da recollida):	

OBSERVACIONES:

.....

Marín, a.....de de 20....

ASINADO:

DOCUMENTO DE AUTORIZACION RECOLLIDA DE MENORES

CamPXG MultiDXT

INSTRUCCIÓN PARA ENCHER O DOCUMENTO

- No caso de varios irmáns, haberá que cumprimentar unha folla por cada un deles.
- Este documento entregarase a cada monitor responsable do grupo o primeiro día de cada semana do campus (se a situación de recollida mantense durante toda a semana), ou o día en que se dea a circunstancia especial de recollida.

D./D,^a con DNI
, como pai/nai/titor do alumno/a
 durante a semana desde (poñer data)
 ata....., do
 campus/campamento....., autorizo ao mesmo/á (marcar
 cunha X):

a) Abandonar o campus multideporte unha vez finalizada a xornada diaria, sen ser recollido por un adulto no punto de encontro.	
b) Ser recollido por outra persoa allea a o seu pai/nai/titor en o punto de encontro. Indicar nome e DNI do mesmo (solicitarase no momento da recollida):	

OBSERVACIONES:

.....

Marín, a.....de de 20....

ASINADO: