

		<b>AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES MENORES DE EDAD NO EMANCIPADAS</b>				 federació d'Escoltisme Valencià	
ACTIVIDAD							
D./DÑA.						CON DNI	
EN CALIDAD DE		<input type="checkbox"/> MADRE		<input type="checkbox"/> PADRE		<input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL	
CON DOMICILIO EN						Nº	
LOCALIDAD						PROVINCIA	
AUTORIZO A							
CON DNI				Y FECHA DE NACIMIENTO			
a participar en la actividad, de la que conozco y acepto el programa de actividades previsto							
ORGANIZADA POR EL GRUPO SCOUT							
A REALIZAR DESDE EL DÍA				HASTA EL DÍA			
QUE SE REALIZARÁ EN							
MUNICIPIO						PROVINCIA	
SIENDO LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD							
<p><input type="checkbox"/> <b>Acepto</b> el tratamiento de mis datos y los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No acepto</b> el tratamiento de mis datos y los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones. Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales y los de la persona que representa, a FEV, al Movimiento Scout Católico, y a las Asociaciones Scouts (SdC, MEV i/o SdA) con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad, y a UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros y a Asesoramiento Médico siglo XXI, con la finalidad de asegurar a nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Acepto</b> la cesión de mis datos y los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No acepto</b> la cesión de mis datos y los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros. Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos y los de la persona que representa legalmente implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la FEV.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Declaro</b> que todos los datos del documento son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Declaro</b> que, en caso de máxima urgencia, la persona responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimientos y prescripción médica, si NO ha sido posible mi localización.</p>							
Nombre y apellidos:							
DNI/NIE:							
Fecha:							
Firma:							
SOLO EN CASO DE CUSTODIA CONJUNTA. HACE FALTA QUE FIRMAN LA AUTORIZACIÓN LOS DOS REPRESENTANTES LEGALES DE LA MENOR							