**AUTORIZACIÓN PARA DEPORTISTAS MENORES DE IDADE A PARTICIPAR**

**NO XX CAMPAMENTO GALEGO EXTRATERRITORIAL DA FGE**

Nome:.................................................................................................................NIF: ............................. Teléfono: ................... Móvil: ...................Enderezo: .............................................................................. Código Postal: ...................Poboación: .............................................................como **(1)**....................... do deportista menor de idade.......................................................................................................... con NIF:........................e data de nacemento..............................e sobre o que ostento a patria potestade ou custodia con toda a extensión que me concede o Código Civil,

**AUTORÍZOLLE A:**

participar nesta actividade, segundo o programa previsto pola organización, e autorizo ás decisións médicas que sexa preciso adoptar baixo a dirección facultativa pertinente. Para todo o cal, cumprimento o seguinte cuestionario referente ó participante:

**Enfermidade**:...........................................................................................................................................

**Tratamento**:............................................................................................................................................

**Posoloxía**:…..............................................................................................................................................

**Peculiaridades**:........................................................................................................................................

**Observacións**: .........................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

En............................................................, a…..........de...............................de 2019

Sinatura do titor **(1, 2 y 3)**

**1.** Pai, nai, titor, encargado ou responsable legal.

**2.** Adiantar a solicitude por correo electrónico, xunto con fotocopia do DNI da persoa que autoriza.

**3.** Entregar ambos os documentos en man ao chegar á actividade para o seu arquivo por parte da organización.

*En cumprimento do artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999 do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle de que os seus datos persoais serán incorporados a un Ficheiro de Datos de Carácter Persoal, titularidade da FEDERACION GALEGA DE ESPELEOLOXÍA (FGE) como responsable do ficheiro, así como da cesión á compañía aseguradora dos datos necesarios para a súa debida afiliación. Así mesmo a FGE garante o exercicio dos dereitos de acceso, rectificación e cancelación dos datos referentes á súa persoa incluídos na nosa base de datos, debendo para iso dirixirse mediante comunicación escrita á FGE a* [*espeleoloxia@gmail.com*](mailto:espeleoloxia@gmail.com) *ou a Rúa Fotógrafo Luís Ksado nº17, of.15, 36209 Vigo.*