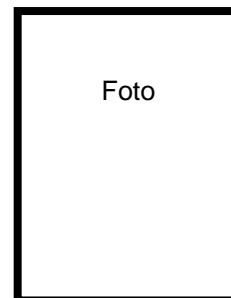


1ra.Setmana	
2ona.Setmana	
3ra.Setmana	
4ta.Setmana	



DADES DE L'INFANT

NOM DE L'INFANT.....COGNOMS DE L'INFANT.....

ADREÇA

POBLACIÓCODI POSTAL.....

TELÈFON 1 TELÈFON 2.....EDAT.....

DATA DE NAIXEMENTCORREU ELECTRÒNIC.....

AUTORITZACIÓ PARE, MARE O TUTOR

En Sr./ Na Sra. amb DNI.....
autoritza el/la seu/va fill/a

A assistir als Cursos de Natació de Copons que es durà a terme a les piscines de Copons, segons les condicions establertes, fa extensiva aquesta autorització a les decisions medico-quirúrgiques que fossin necessàries a adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

AUTORITZACIÓ PER LA IMATGE PÚBLICA

Autoritzo l'AJUNTAMENT DE COPONS a publicar i exposar, quan escaigui, fotografies en què aparegui l'infant i que corresponguin a activitats dels cursos de Natació sense que entengui vulnerat el seu dret a la pròpia imatge, reconegut per la Constitució i per la Llei O. 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, i la seva modificació per la Llei 3/1985, de 29 de maig.

SI NO

El present consentiment i autorització s'atorga de forma gratuïta i amb renúncia formal a qualsevol contraprestació econòmica.

Recordem que per exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició que contempla la Llei us podeu dirigir mitjançant comunicació escrita a l'Ajuntament de Copons, ref. Protecció de dades, carrer Àngel Guimerà, 8 (08289 Copons) o bé per correu electrònic a copons@copons.cat

Copons,.....de.....de 20.....

Signatura del pare, mare o tutor

Cal entregar la documentació següent:

- Full d'inscripció
- Fotocòpia DNI
- Fotocòpia de la targeta sanitària