

**AUTORITZACIÓ DRETS D’IMATGE** (a omplir pels pares, mares o tutors)

Atès que el dret a la pròpia imatge és reconegut en l’article 18.1 de la Constitució i regulat per la llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret de l’honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, El Foment d´Esports de Tona demana el consentiment als pares, mares o tutors legals per poder utilitzar fotografies on apareguin els seus fills/es i on siguin clarament identificables, per a finalitats no comercials.

En/na.................................................................................................................................

amb DNI núm........................................., com a (\*)..................................autoritzo que la

imatge del meu fill/a...................................................................................................................,

pugui aparèixer en fotografies corresponents a les activitats realitzades durant el casal i puguin ser utilitzades a:

- Pàgina web del Foment d´Esports, bloc del casal i premsa local…

- Realitzar un recull d’imatges per muntar un PowerPoint pels participants del casal, si

s’escau.

**SALUT** (encercleu la resposta en cas de Si / No )

* **Pateix alguna malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d’intervencions quirúrgiques...)** NO SI

Quina ?................................................................................................................

* **Té algun problema de mobilitat o dificultat motriu ?** NO SI

Quin/a ?...............................................................................................................

* **Es fatiga fàcilment?** NO SI
* **Pren alguna medicació especial?** NO SI

Quina i administració .........................................................................................

* **Menja:** De tot / Algunes coses **Quantitat:** Molt / Poc
* **Pateix algun tipus d´ al·lèrgia i/o intolerància?** NO SI

De quin tipus?........................................................................................................

* **Sap nedar ?** SI NO

**AUTORITZACIÓ TRASLLAT CENTRE MÈDIC :**

Autoritzo al personal de l´equip dirigent en cas que fos necessari davant de qualsevol incident a traslladar el meu fill/a al Centre d´Atenció Primària més proper sempre amb la autorització prèvia dels pares en cas de que no poguessin venir.

**Signatura del pare, mare o tutor (\*)**

**OBSERVACIONS**......................................................................................................................................................................................................................................................................

 de ............................. de 2019