



DATOS DEL NIÑ@ INSCRIT@

NOMBRE: _____ . APELLIDOS: _____ .

CAMPUS: _____ .

AUTORIZACIÓN

D/D^a _____ con DNI _____ como **padre/madre/tutor** del menor de edad arriba indicado, le autorizo a participar en la actividad de verano organizada por el IMD del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, de acuerdo a las características y normativa general de dicha actividad de las que he sido informado convenientemente durante el proceso de inscripción. Participar en la actividad implica aceptar las condiciones de la misma.

Autorizo que durante el desarrollo de las actividades se lleve a cabo sesiones fotográficas y grabaciones audiovisuales donde quedaran registradas imagen de dicho menor. La dirección del IMD se compromete a que la utilización de estas imágenes en ningún caso será contraria a los intereses de los menores, respetando la Ley de Protección Jurídica del Menor y demás legislación.

DATOS DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A L@S NIÑ@S

1. NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI: _____

2. NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI: _____

3. NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI: _____

FICHA MÉDICA	
Indicar enfermedades relevantes	
Alergias o rechazo a medicamentos:	
Sigue algún tratamiento o régimen de comidas:	

Firma padre/madre/tutor: