



AUTORITZACIÓ DE LA PERSONA RESPONSABLE (PARE/MARE I/O TUTOR)

En/na _____ amb DNI _____ autoritza a _____ a assistir a l'Escola de Trail del Moianès a Moià en el període del 8 de setembre de 2025 al 17 de juny de 2026. Així com si és el cas, traslladar el nen/a al CAP o serveis mèdics convenients si no es localitzen els representants legals.

- Autoritzo que el meu fill/a pugui aparèixer en imatges relacionades amb l'activitat
- Autoritzo que el meu fill/a retorni a casa de manera autònoma i sense ser acompanyat/da d'un adult.
- A ser desplaçat si fos necessari en vehicles particulars d'altres pares o persones vinculades a l'escola, i en cas d'accident sigui atès d'urgència pel personal sanitari adient.
- A que l'entrenador o personal vinculat al club realitzi les primeres cures en cas que fos necessari.
- A realitzar activitats físicoesportiva i d'aventura.
- Autoritzo a banyar-se en piscines públiques o privades, rius , pantans, basses, llacs o mar en cas que la programació així ho defineixi.
- Declaro que el meu fill/a per poder assistir als entrenaments té cobertura sanitària amb la seguretat social i està al corrent de les vacunacions corresponents a la seva edat.

Signatura del pare/mare o tutor legal: **(obligatori)**

En compliment del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) i la seva normativa de desenvolupament, l'informem que les dades de caràcter personal que ens faciliti en aquest imprès, seran incorporades a un fitxer titularitat de TRAIL MOIANES SL amb la finalitat de brindar informació sobre l'activitat (Escola de trail del Moianès).

En qualsevol moment podrà exercir els drets d'accés, rectificació, oposició i, si s'escau, cancel·lació, comunicant-ho per escrit amb indicació de les seves dades trucant al 608269189, (Barcelona) o a la adreça de correu electrònic trailmoianes@gmail.com.