



BEE SNOW
Classes d'esquí
i snowboard

_____ (nom del pare/mare/tutor), amb DNI/NIE/PASSAPORT
_____ i telèfon _____ actuant en la seva condició de _____
(pare/mare/tutor) del menor _____ (nom del menor), de
_____ anys d'edat, amb DNI/NIE/PASSAPORT _____ .

AUTORITZA, per mitjà del present document, a que BEE SNOW doni classes d'esquí i/o
snowboard al seu fill/a _____.

AUTORITZACIONS I PROTECCIÓ DE DADES

En/Na _____ amb DNI _____ com a
pare/mare o tutor legal del nen/a _____

(Marcar amb una creu)

- Autoritzo a que es prenguin les decisions mèdiques i/o quirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'urgència i sota la direcció facultativa pertinent, així com al trasllat als centres mèdics que siguin necessaris.
- Autoritzo la cessió dels drets d'imatge del nen/a per que es facin servir en mitjans de comunicació de BEE SNOW i, també, en altres mitjans externs a BEE SNOW.

En compliment del que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de caràcter personal, l'informem que mitjançant l'emplenament del present formulari dona el seu consentiment per a que les seves dades personals i les del seu fill/a o tutelat/da siguin incorporades i tractades a un fitxer de dades personals, propietat de BEE SNOW, qui gestionarà la seva seguretat i confidencialitat. Així mateix, atorga la seva conformitat a la publicació a la web de BEE SNOW, i/o altres mitjans de comunicació de BEE SNOW, de les imatges en les que pugui aparèixer el seu fill/a o tutelat/da que s'hagin captat durant la temporada d'esquí. L'informem que pot exercir en qualsevol moment els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, comunicant-ho a les oficines de BEE SNOW a Fernando Laparte 4, 1 (Sant Esteve d'en Bas, Girona)

Signatura i DNI tutor legal