

AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD

Yo Don/Doña (*) _____ con D.N.I.(*) _____

autorizo bajo mi responsabilidad a mi hijo/a menor de edad (*) _____

con D.N.I (*) _____ a que realice la actividad de _____.

adjuntando una copia de mi DNI.

Fecha:

Firma del tutor:

El arriba firmante, declara conocer la delimitación física o tratamiento médico que impidan o limiten el ejercicio físico del menor de edad a realizar en las instalaciones y conocer la normativa que regula el funcionamiento de la instalación y las condiciones de la misma, debiéndose informar si tuviera alguna duda, y así lo hace constar con la firma de este documento.

Información básica de protección de datos

Responsable del Tratamiento: entidad concesionaria prestadora del servicio; **Finalidad del tratamiento:** mantenimiento, desarrollo y gestión de la relación contractual **Base Legitimadora:** el consentimiento prestado por los tutores/representantes legales del interesado (6.1.a RGPD) **Cesión de datos:** no está prevista la cesión con terceros, salvo imperativo legal **Conservación de los datos:** los datos serán conservados mientras sean necesarios para cumplir con la finalidad perseguida **Ejercicio de derechos:** puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, supresión, portabilidad o limitación a través de protecciondatos@aqualia.es **Más información:** dirigiéndose al Centro Deportivo o enviando su consulta a la dirección de correo electrónico linaquapiscina@fcc.es