



Autorizaciones NITWorkout

Rellenar por el padre/madre o tutor/a de los menores de 18 años

El documento deberá estar firmado por el padre y la madre o tutor legal, excepto en el caso de separación de los progenitores en el que sólo uno de los dos tenga la guardia custodia

Adjuntar una fotocopia del DNI de la persona que autoriza y del Libro de familia o DNI del menor (hoja de datos paternos y del hijo, que permita comprobar la firma)

Datos del padre o tutor legal

Sr. nacido en *(lugar y fecha de nacimiento)*
..... con DNI/pasaporte en vigor nº
....., con domicilio en
..... teléfono de contactodirección de correo
electrónico en mi condición de padre/tutor de
....., por la presente autorizo,

Datos de la madre o tutora legal

Sra. nacido en *(lugar y fecha de nacimiento)*
..... con DNI/pasaporte en vigor nº
....., con domicilio en
..... teléfono de contactodirección de correo
electrónico en mi condición de padre/tutor de
....., por la presente autorizo,

Datos del menor de edad

Nombre Apellidos
Nacido/a en *(localidad)* *(País)*
Dirección
Fecha de nacimiento del/de la menor
DNI o pasaporte



Para llevar a cabo nuestra actividad nos sería necesario que nos dierais su consentimiento a cada uno de los apartados que a continuación se adjuntan:

- Autorización tratamiento datos personales
 SI NO

- Autorización paterna para participar
 SI NO

- Autorización para la publicación de imágenes de los jugadores que participen
 SI NO

- Autorización traslados para menores, en viajes con persona distinta de sus padres
 SI NO

- Ficha Médica
 SI NO

A, a de del 20.....

Firmado

a quien corresponda, en función de los datos mencionados anteriormente

Padre

Madre

Tutor Legal



Autorización TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita para ofrecer el servicio solicitado y realizar la facturación de este. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que haya una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en GLO THINK & FRIENDS, S.L. estamos tratando sus datos personales, por lo tanto, tiene derecho a acceder a sus datos personales, los datos inexactos o solicitar su supresión.

Asimismo, solicito su autorización para ofrecer productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarlos como cliente.

En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita el fin de enviarle publicidad relacionada con nuestros productos y servicios por cualquier medio (postal, correo electrónico o teléfono) e invitarles a eventos organizados por la empresa. Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite el cese de la actividad. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que haya una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en GLO THINK & FRIENDS, S.L. estamos tratando sus datos personales por lo tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

GLO THINK & FRIENDS, S.L. - NIF: B66583188 Dir. postal: GERNICA 12, 1º 1ª BARCELONA
Teléfono: 932924947 Correo electrónico: social@glothink.com



Autorización paterna para participar en NITWorkout

Con la presente, autorizo a mi hijo/a, con los datos que facilito anteriormente, a participar en el viaje y campus. Asimismo, autorizo a los responsables del campus para que tomen las medidas que consideren más oportunas en caso de que el menor en cuestión se encuentre en situación de necesitar cualquier tipo de tratamiento o intervención médica, siempre que no se hayan podido localizar a sus padres o tutores legales. Declaro que el menor se encuentra en perfecto estado de salud tanto física como psíquica y está totalmente capacitado para desarrollar las actividades del campus. Finalmente me comprometo a que el menor esté consciente, responsable y respetuoso de las normas, en general, de las normas de convivencia entre compañeros y con los monitores. A participar en las actividades organizadas en el campus, en las instalaciones donde se organice NITWorkout, así como los desplazamientos y actividades realizadas al aire libre que se realicen, siempre en presencia de los monitores correspondientes. Que asumimos voluntariamente los riesgos de la actividad deportiva y, en consecuencia, exenciones a la organización de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad nuestro/a hijo/a. Que el/la autorizado/a sabe que debe aceptar las normas de seguridad y de comportamiento que le sean indicados por los responsables del campus para cada una de las actividades convocadas, autorizando a los responsables a imponer su criterio, aceptando incluso que, si la falta de disciplina lo requiere, en cualquier momento sea devuelto a su domicilio, y eximiéndoles de toda responsabilidad en caso de cualquier incidencia o accidente producido durante la práctica deportiva. Que le han sido administradas las vacunas que le corresponden por su edad y que no padece enfermedad, alergias, ni cualquier otra limitación que le impida participar con normalidad en las actividades programadas, excepto las especificadas en la ficha médica. Que conozco que la cobertura del riesgo de accidentes derivado de la práctica en estas actividades y competiciones deportivas del campus deportivo no lleva implícito tener un seguro de accidentes, corriendo a cargo del participante los gastos médicos por lesión deportiva a través de la Seguridad Social o seguros privados.



Autorización para la publicación de imágenes de los jugadores que participen en NITWorkout

El interesado queda informado y presta su consentimiento expreso e inequívoco a la incorporación de sus datos a los ficheros con datos de carácter personal de Glo Think & Friends SL, con domicilio C / Gernika 12, 1º 1ª (08038 Barcelona), para el tratamiento de los mismos para la finalidad de gestionar y planificar la actividad social. Pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita dirigida a Glo Think & Friends S.L., C / Gernika 12, 1º 1ª (08038 Barcelona).

De acuerdo con la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, ya la propia imagen; solicitamos su consentimiento expreso para que Glo Think & Friends S.L. pueda utilizar las imágenes donde aparezca su persona y/o de otras personas que tutele en el marco de eventos deportivos y sociales de la entidad en la página web u otras publicaciones.

Glo Think & Friends S.L. hará un uso informativo de las imágenes realizadas en actividades deportivas y complementarias organizadas y publicadas en cualquier medio audiovisual y escrito.



Autorización traslados para menores, en viajes con persona distinta de sus padres en NITWorkout

A fin de cumplir lo que establecen las leyes de transporte de viajeros y otras disposiciones vigentes establecidas al efecto, autorizamos mediante el presente documento a nuestro/a hijo/a, para que viaje acompañada del personal de la empresa Glo Think & Friends SL, con CIF B66583188 y con domicilio situado en la calle Guernica nº 12, de la localidad de Barcelona (08038), con la relación de organizador de NITWorkout.



FICHA MÉDICA NITWorkout

¿Padece alguna enfermedad crónica?

Sí, ¿Cuál?

No

¿Ha sufrido alguna lesión relevante en el último año?

Sí, ¿Cuál?

No

¿Toma alguna medicación actualmente? *Adjuntar una fotocopia de la receta médica y planificación*

Sí, ¿Cuál?

Horarios

Hasta el día

No

¿Tiene alergia a algún fármaco?

Sí, ¿Cuál?

No

¿Tiene alergia a algún alimento algún factor ambiental?

Sí, ¿Cuáles?

No



FICHA MÉDICA

NACEX INTERNATIONAL TRAINING WORKOUT

¿Debe seguir algún tipo de dieta? *Si es necesario, adjunte una fotocopia de la misma*

Si, Especificar

No

Otras observaciones a tener en cuenta

(Ej. "Miedo a la oscuridad", "incontinencia nocturna", medicación más adecuada en caso de fiebre o dolor, ...)

Marcar la casilla en caso de autorizar las siguientes acciones

A trasladar su hijo/a en el centro sanitario más cercano en caso de emergencia

En el que el personal responsable de la actividad administre la medicación que se especifica en este documento y / o la medicación que se indique en un documento por escrito en el momento de inicio.

Autorizo a que se dé a mi hijo/a la atención sanitaria correspondiente en caso de necesidad, atendiendo a la información que recoge esta ficha. Asimismo, quien firma declara que el interesado no presenta ninguna dificultad que impida una normal relación en comunidad. Aseguran que los datos expuestos son ciertos y autorizamos el tratamiento y uso de las mismas aquí expuestas.

Glo Think & Friends, S.L. se compromete a la confidencialidad de los datos, a no ceder a terceras personas, siendo únicamente su uso destinado asegurar la salud del menor durante el transcurso del campus y asimismo se compromete a su destrucción una vez finalice el mismo.