

## AUTORIZACIÓN RECOGIDA

Yo  con DNI  como padre / madre  
/ tutor de  autorizo a el/la alumno/a a:

SALIR, UNA VEZ FINALIZADA LA ACTIVIDAD, DE ART&MAÑAS en compañía de:

con DNI   
(Obligatorio la presentación del D.N.I.).

Madrid, a  de  de 2019

Firma  
tutor/a  
01:

Firma  
tutor/a  
02:

### PROTECCIÓN DE DATOS

A los efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ART&MAÑAS cumple íntegramente con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, y con los compromisos de confidencialidad propios de la actividad. Estos datos quedarán registrados en un fichero de datos de carácter personal del cual es responsable ART&MAÑAS adoptando las medidas necesarias para mantener el nivel de seguridad requerido, según la naturaleza de los datos personales tratados y las circunstancias del tratamiento, con el objeto de evitar, en la medida de lo posible y siempre según el estado de la técnica, su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. Esta empresa tratará los datos de forma confidencial y exclusivamente con la finalidad de poderle ofrecer y prestar nuestros servicios, con todas las garantías legales y de seguridad. Los datos son facilitados de forma voluntaria y a su iniciativa. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante solicitud escrita dirigida a la dirección del titular del fichero. ART&MAÑAS se compromete a no ceder, vender, ni compartir los datos con terceros sin su aprobación expresa. La firma de la solicitud implica la aceptación de las normas de funcionamiento de las actividades del AMPA y la autorización para la publicación de los datos del alumno/a relativos a la participación de este en las actividades en las que finalmente sea admitido/a a través de los medios utilizados por la AMPA para la información a las familias

## AUTORIZACIÓN SUMINISTRO MEDICAMENTO

Yo  con DNI  como padre / madre  
/ tutor de  expongo que el participante anteriormente citado padece

por lo que AUTORIZO al equipo de profesionales de ART&MAÑAS dar la siguiente medicación:

Asumiendo, con esta solicitud, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y eximiendo de responsabilidades a la empresa.

Madrid, a  de  de 2019

Firma  
tutor/a  
01:

Firma  
tutor/a  
02: