

DATOS MÉDICOS DE INTERÉS (Alergias, lesiones previas, enfermedades crónicas) (*)

[Empty dotted box for medical information]

(*) Adjuntar Certificado Médico de Aptitud.

D./Dña _____ con DNI _____ autorizo a mi hijo/hija a realizar la actividad organizada por el CB Perales y expresamente a que se le pueda fotografiar o grabar en video durante el desarrollo normal de la actividad de entrenamientos y partidos dentro y fuera de las instalaciones del Centro Civico Perales, con el fin de una posteriorutilización de dichos documentos por parte del club con carácter pedagógico, deportivo y de comunicación.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 13 y 14 del RGPD 679/2016 de 27 de abril, ponemos a disposición del interesado la información básica referente al tratamiento de sus datos de carácter personal.

Responsable del Tratamiento: CLUB DE BALONCESTO PERALES DEL RIO. **Relación de Actividades de Tratamiento:** ABONADOS, SOCIOS Y EQUIPO DIRECTIVO.

Finalidad: Gestión de asociados o miembros de fundaciones y otras entidades sin animo de lucro; Gestión y administración de abonados y socios. **Categoría de los datos:** Datos de carácter identificativo; Datos económicos y financieros. **Legitimación:** Consentimiento inequívoco del interesado. **Destinatarios:** Encargados de Tratamiento dentro de la UE. Para mas información consulte información adicional. **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **Información Adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en C/ Groenlandia, 8. 28909 GETAFE (Madrid)

Firma/Fecha:

[Empty box for signature/initials]