



A L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, a de de 20.....

D'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les seves dades i les del seu fill/a, recollides al present formulari, seran incorporades a un fitxer sota la responsabilitat de l'escola de teatre Capsa de Somnis, amb la finalitat d'atendre els compromisos derivats de la relació que mantenim amb vostè i el seu tutelat, principalment, oferint informació i assessorament relacionats amb les activitats que realitzem, així com comunicar-li tota aquella informació que pugui ser del seu interès i que afecti directament al seu fill/a.

Pot exercir els seus drets, i del seu tutelat, d'accés, rectificació, cancel·lació, i oposició mitjançant un escrit a la nostra adreça: Rambla Just Oliveres, 34; 08901 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA).

Mentre no ens comuniqui el contrari, entendrem que les seves dades i les del seu fill/a no han estat modificades, que es compromet a notificar-nos qualsevol variació i que tenim el consentiment per utilitzar-les amb la finalitat de poder impartir l'activitat per la qual ha inscrit al seu fill/a, així com la remissió d'aquelles circulars informatives als tutors legals. També sol·licitem el seu consentiment per tractar aquelles dades del seu fill/a relacionades amb la salut, en cas de que sigui necessari.

Tanmateix, d'acord amb el que estableix la Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret d'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, l'informem que en el transcurs de les activitats generals, assajos, representacions d'obres, colònies, etc, es poden realitzar captació de fotografies o gravacions que de forma voluntària o involuntària poden contenir imatges del seu tutelat. Per aquest motiu sol·licitem el seu consentiment per difondre aquestes imatges a la pàgina web, xarxes socials, publicacions, revistes, memòries d'activitats, filmacions i qualsevol altra mitjà audiovisual de comunicació pública de l'entitat i/o mitjans públics, amb la finalitat de donar a conèixer i promocionar les diverses activitats organitzades per l'escola de teatre Capsa de Somnis i el Teatre Centre Catòlic.

Autoritzo el tractament d'imatges del meu fill/a.
No autoritzo el tractament d'imatges del meu fill/a.

Tanmateix, d'acord amb allò que estableix la Llei 34/2002, de Serveis de la Societat de la Informació i el Comerç Electrònic en el seu article 21, sol·licitem també el seu consentiment per enviar-li les notícies de la nostra associació sobre activitats que considerem puguin ser del seu interès, per correu electrònic o per qualsevol altre mitjà de comunicació electrònica equivalent.

Autoritzo rebre informació per e-mail.
No autoritzo a rebre informació per e-mail.

Mitjançant la signatura del present formulari vostè autoritza expressament el tractament de les seves dades de caràcter personal i les del seu fill/a, per a les finalitats especificades anteriorment, per part de l'escola de teatre Capsa de somnis.

Nom i Cognoms del menor:
DNI:

Nom i Cognoms del tutor legal:
DNI:

Signatura del tutor legal



Autorització de sortides.

En/Na _____ Com a mare,
pare, o tutor/a legal de l'alumne/a _____

L'autoritzo a realitzar qualsevol sortida, excursió o colònies programades per l'equip de monitors de l'escola de teatre Capsa de Somnis durant els mesos d'octubre a juny del curs **2021-22**. Així mateix, autoritzo a l'equip de monitors, a prendre les decisions que facin falta en cas d'urgència, i a comunicar-les tan aviat com sigui possible als telèfons següents.

Opció 1: _____ Relació amb l'infant: _____

Opció 2: _____ Relació amb l'infant: _____

L'Hospitalet de Llobregat, a _____ de _____ de _____ .

Signat: _____

(pare, mare o tutor legal)