



Ficha de autorización de Recogida

Apellidos y nombre del alumno/a Centro Escolar:

Edad Curso: Teléfonos de contactos

Otras indicaciones que desea hacer sobre su hijo/a (asma, alergias, vértigo, tratamiento médico, etc.):

D/D^a.....Padre/Madre/Tutor/a (subraye lo que proceda) del alumno arriba indicado, AUTORIZA su recogida, a la finalización de las actividades extraescolares, a las siguientes personas:

Nombre y Apellido

nº Teléfono

Nombre y Apellido

nº Teléfono

Nombre y Apellido

nº Teléfono

Nombre y Apellido

nº Teléfono

En Las Palmas de Gran Canaria a de 20....

Fdo.: El Padre, Madre o responsable legal

D.N.I.....

Protección de datos de carácter personal: los datos recogidos en este formulario serán recogidos en un fichero responsabilidad de Germán Benítez Rodríguez (Saludfit Canarias) y del AMPA del centro donde se imparta la actividad extraescolar, ubicado en la sede social. Entendemos que, si nos entrega estos datos, conserva su tratamiento en todas las modalidades previstas en la ley L.O.P.D. 15/1999. Y nos autoriza expresamente para que nuestra información sea enviada a través del email o cualquier otro medio de comunicación. Le informamos de su derecho de renovación, acceso, oposición, rectificación, y cancelación de sus datos personales incluidos en los ficheros de Germán Benítez Rodríguez (Saludfit Canarias) y del AMPA, los cuales puede ejercer mediante solicitud escrita dirigiéndose a los respectivos custodios de sus datos personales.