

PROGRAMA DE DINAMIZACIÓN COMUNITARIA **TALLER DESCUBRIENDO EL UNIVERSO DE LA CIENCIA**

PADRE/MADRE O TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

CONTACTO _____ FIJO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR O MENORES:

PRIMER HIJ@

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

OBSERVACIÓN (ENFERMEDAD, ALERGIA, HORARIOS, ETC.):

SEGUNDO HIJ@

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

OBSERVACIÓN (ENFERMEDAD, ALERGIA, HORARIOS, ETC.):

TERCER HIJ@

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

OBSERVACIÓN (ENFERMEDAD, ALERGIA, HORARIOS, ETC.):

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y AUDIO

AUTORIZO al Ayuntamiento de La Algaba para que pueda fotografiar y/o grabar (voz-imagen) al citado menor comprometiéndose a utilizar exclusivamente dichas imágenes en actividades organizadas por el Ayuntamiento, así como para ilustrar carteles, trípticos, revistas y demás material informativo de este organismo. Asimismo, el Ayuntamiento de La Algaba se compromete a que la utilización de la imagen del citado menor no implique en ningún caso menoscabo de su honra y reputación, ni sea contraria a sus intereses.



Firma (padre, madre, tutor/a)

La Algaba a _____ de _____ de 2026

PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales facilitados se utilizarán exclusivamente para entidades colaboradoras y podrán ser incorporados a los ficheros que conforman las bases de datos del Ayuntamiento de La Algaba.