CONVIVENCIA JUVENILES

Del 26 al 28 de noviembre de 2021

PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

Autorización padre, madre o tutor legal:

Yo_____

Con DNI_____ y con teléfono de contacto_____

Como madre/padre/tutor de _____

AUTORIZO a mi hijo/a a participar en la convivencia organizada por la Asociación Quecusteen, que tendrá lugar entre el 26 y el 28 de noviembre 2021 y que se desarrollará en el colegio salesianos de San José del Valle (Cádiz).

☐ **Autorizo** ☐ **No autorizo**

Ley de protección de datos y toma de imágenes:

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, el interesado queda informado y presta su consentimiento a la incorporación de sus datos a los ficheros de la Asociación Quercusteen. Los datos quedan recogidos para la gestión de los campamentos de verano de dicha asociacion, fines pastorales, para atender a su solicitud e informarle sobre las actividades de dicha asociación. Quedo informado de que el tratamiento de los datos está basado en el consentimiento, que otorga expresamente en este acto. Sus datos podrán ser comunicados a distintas entidades pastorales para el desarrollo de su actividad. Asimismo autorizo la captación y difusión de imágenes durante las actividades promovidas por la Asociación Quercusteen, tanto enmedios propios como en medios diocesanos (En caso negativo indicarlo expresamente). Los datos se conservarán, mientras no solicite su supresión o cancelación y siempre que resulten adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario para los fines para los que sean tratados. Los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación y portabilidad podrán ejercerse dirigiéndose por escrito a la Asociación Quercusteen (REF. Datos) Calle Martín Jiménez s/n.11130 Chiclana de la Frontera. Cádiz.

☐ **Acepto** ☐ **No acepto**

Declaración responsable de no haber estado en contacto con nadie con COVID-19:

El participante no puede tomar parte en la actividad si ha estado en contacto estrecho (convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos) o compartido espacio sin guardar la distancia interpersonal con una persona afectada por el COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 10 días. Durante ese periodo debe realizar un seguimiento por si aparecen signos de la enfermedad.

☐ **No he estado en contacto estrecho con nadie con COVID19 en los últimos 10 días**

☐ **Sí he estado en contacto estrecho con personas con COVID19 en los últimos 10 días**

Consentimiento informado COVID-19

Declaro bajo mi responsabilidad que solicito participar (o en el caso de ser menor, la persona de la que soy responsable) en la presente actividad, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las Medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19. Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy consciente de los riesgos que implica, para él mismo y para las personas que conviven con él, la participación del interesado en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

☐ **Acepto** ☐ **No acepto**

Firmado: Fecha: