



ESTALMAT-Andalucía

ACEPTACIÓN VETERANOS

Don DNI:

Doña DNI:

Padres del alumno/a DNI:

Que ha participado en el *Proyecto Estalmat-Andalucía* durante los cursos (marcar con X la promoción en la que participó):

2014/15 y 2015/16 2015/16 y 2016/17

Declaran conocer la extensión del citado Proyecto a dos cursos más y manifiestan que están conformes con la realización por parte de su hijo/a de las actividades que se lleven a cabo como desarrollo de la misma, por lo que

- a) se comprometen al cumplimiento del horario de las citadas actividades, desplazando a su hijo/a al lugar indicado por la organización de Estalmat, en particular, los sábados que se fijan en el calendario (8 en total, de octubre a mayo).
- b) permiten el uso de la imagen, opiniones, citas de su hijo/a tanto en Internet como en los distintos medios de comunicación.
- c) eximen de responsabilidad a la organización de Estalmat-Andalucía por los daños sufridos por su hijo/a en cualquier actividad siempre que hayan sido debidos a actos no imputables a los responsables (encargados, acompañantes en una actividad, etc.) de Estalmat-Andalucía.

Al mismo tiempo manifiestan que su hijo/a

- no** necesita cuidados médicos especiales que requieran la administración de algún tipo de medicamento durante la realización de las actividades.
- necesita cuidados médicos especiales que requieren la administración de los siguientes medicamentos, con la dosis y frecuencia que se indican (se detalla en folio adjunto).

- no** padece ningún tipo de alergias.
- padece el/los tipos de alergia que se indican y debe tenerse en cuenta las siguientes indicaciones que se detallan en folio adjunto.
- no** necesita ninguna alimentación especial.
- necesita la siguiente dieta especial que se detalla en folio adjunto.
- tiene algún tipo de minusvalía. ¿Cuál?

.....

Personas autorizadas a recoger al niño/a

- Madre Padre Otras (indíquelas a continuación, detallando su nombre, apellidos y DNI, así como la relación familiar con el alumno).

Asimismo, en situación de extrema urgencia, sin posibilidad de localizar a los padres o familiares cercanos, autoriza a la Organización de Estalmat a tomar las decisiones oportunas mientras se localiza a los familiares más próximos.

Finalmente, quedan informados de su derecho de acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho mediante escrito dirigido al Proyecto Estalmat-Andalucía, SAEM THALES, Facultad de Matemáticas, Apdo. de Correos 1160, 41080-Sevilla.

En _____, a _____ de _____ de 2017.

Firma del alumno/a,

Firma de los padres,

Enviar el presente documento, cumplimentado, firmado y escaneado, por correo electrónico, a: <mailto:estalmat.andalucia.occidental@gmail.com> antes del 5 de octubre de 2017.