

## AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA AL PROGRAMA YOUNG WEEK

FUNDACIÓN YOUNG LIFE es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa que serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) con el consentimiento del representante legal del interesado siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación. Sus datos se conservarán mientras haya un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento. Derechos que le asisten: Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Podrá ejercer los derechos en C/ Ponent 17 1º 2ª, 17820, Banyoles, Girona. Email: [hola@younglife.org](mailto:hola@younglife.org)

(Por favor rellenar con letras mayúsculas)

Yo, \_\_\_\_\_ como a padre / madre / representante / tutor legal  
con DNI \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
num \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

**consiento el tratamiento de los datos en los términos expuestos y acepto todas las condiciones.**

Así mismo, **autorizo** a (nombre del participante) \_\_\_\_\_ a:

**Si / No**

- Participar en el programa YOUNGWEEK** organizado por **la FUNDACIÓN YOUNG LIFE** con NIF G-55135057.
- Poder **grabar las imágenes y vídeos** de mi hijo/a o tutelado que se hagan durante las diversas actividades de **la FUNDACIÓN YOUNG LIFE** con la finalidad de promocionar Young Life mediante revistas, trípticos publicitarios, web, vídeos y cualquier otro medio audiovisual, incluidas las redes sociales.
- Ser trasladado a un centro médico** por parte del representante de YOUNG LIFE, si mi hijo/a o tutelado necesita asistencia médica.
- Recibir información** de las actividades de la FUNDACIÓN YOUNG LIFE

Firma del padre/madre o representante legal

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_