



Yo

con DNI en nombre propio, o como padre/madre/tutor/a del jugador/a:

..... DECLARO su/mi intención de participar en una sesión de iniciación al rugby como fase previa a una inscripción formal en la actividad. Asimismo, acepto que carezco/carece de licencia federativa y por lo tanto, de seguro médico que dé cobertura a la actividad deportiva que realice en dicha sesión.

Con la firma de esta DECLARACIÓN libero de toda responsabilidad al Club de Rugby Alcobendas, asumiendo personalmente cualquier daño derivado de la participación en esta sesión de iniciación, así como los posibles costes derivados de la asistencia médica u hospitalaria que pudieran producirse.

E-mail de contacto:

Teléfono de contacto:

Fecha de nacimiento del jugador/a:

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos de que los detalles facilitados van a pasar a formar parte de un fichero automatizado de datos de carácter personal, cuya titularidad y responsabilidad corresponde a Alcobendas Rugby Club, siendo su finalidad mantener una comunicación fluida con los socios y clientes de la entidad. Con la consignación de sus datos, presta usted consentimiento expreso para que Alcobendas Rugby Club lleve a cabo el tratamiento automatizado de los mismos, exclusivamente para el cumplimiento de las finalidades anteriormente indicadas.

Sus datos personales serán tratados siempre con la máxima confidencialidad, habiendo adoptado Alcobendas Rugby Club las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la confidencialidad y seguridad de los mismos, evitando su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

Importante: Si no autoriza a salir en imágenes del Club debe notificarlo el día que haga entrega de este documento firmado.

En Alcobendas día.....de.....de.....

Interesad@/ Padre/ Madre /Tutor@

Alcobendas Rugby

