

ASSOCIACIO VETERANS



El Sr. /Sra. _____, con DNI o pasaporte _____, como padre/madre o tutor/a del usuario _____, reconoce que su hijo/a se encuentra en perfecto estado de salud. Si hubiese alguna causa por la cual no pudiese iniciar la Pre-temporada 2.017 / 2.018 con el Club Avebal debería en el momento de la firma de este documento ponerlo en conocimiento de los servicios médicos del Club para que pudieran realizar todas las pruebas oportunas.

Política de privacidad

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que sus datos personales han sido incluidos en los ficheros inscritos en el Registro de ficheros de la Agencia Española de Protección de Datos, cuyo responsable es la Associació de Veterans de Balonmano de les Illes Balears (AVEBAL), y que tiene como finalidad la gestión de gestión y control de la asociación y actividades desarrolladas.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, debe dirigirse mediante solicitud escrita y firmada, acompañada de fotocopia de documento acreditativo, a la sede social ubicada en Avda. Arquitecte Gaspar Bennazar, núm. 23 bajos, de Palma de Mallorca, Illes Balears, 07004.

Palma de Mallorca, a ____ de _____ de 2017

Firmado. (Nombre y Apellidos)

Firma Padre/Madre o Tutores Legales