



LA CLAU ROOM ESCAPE
Passatge Vilaseca i Garriga, K-J
08241 Manresa

Data: _____ Hora: _____ Municipi: _____

Nom de l'equip: _____

¿Com ens has conegut?:

Facebook Google Tripadvisor Per un amic

Per un altre Room Escape? Quin? _____

A través d'un blog? Quin? _____

Altres _____

Amb la inclusió de les noves tecnologies dins dels mitjans a l'abast de la societat i la possibilitat que en aquests puguin aparèixer imatges del vostre/ s fill/s durant la realització de les activitats de La Clau Room Escape SCP i donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18. de la Constitució i regulat per la Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge i la Llei 15 / 1999, de 13 de desembre, sobre la Protecció de Dades de Caràcter Personal. La direcció de La Clau Room Escape SCP demana el consentiment als pares o tutors legals per poder publicar les imatges en les quals apareguin individualment o en grup que puguin realitzar als nens i nenes, en les diferents seqüències i activitats realitzades en el nostra local.

- Sr./a _____ amb DNI _____ com a pare/ mare o tutor de _____.

SIGNAT: _____ (Pare, mare, tutor legal)

- Sr./a _____ amb DNI _____ com a pare/ mare o tutor de _____.

SIGNAT: _____ (Pare, mare, tutor legal)

- Sr./a _____ amb DNI _____ com a pare/ mare o tutor de _____.

SIGNAT: _____ (Pare, mare, tutor legal)

- Sr./a _____ amb DNI _____ com a pare/ mare o tutor de _____.

SIGNAT: _____ (Pare, mare, tutor legal)

- Sr./a _____ amb DNI _____ com a pare/ mare o tutor de _____.

SIGNAT: _____ (Pare, mare, tutor legal)

- Sr./a _____ amb DNI _____ com a pare/ mare o tutor de _____.

SIGNAT: _____ (Pare, mare, tutor legal)

Autoritzo a que el meu fill/a apreixi en les imatges que es publiqueran en la web o xarxes socials propietat de La Clau Room Escape SCP realitzades durant el desenvolupament de l'activitat.



LA CLAU ROOM ESCAPE
Passatge Vilaseca i Garriga, K-J
08241 Manresa

AUTORITZACIÓ

_____ (Nom del pare / mare / tutor) , amb DNI / NIE
_____ i domicili a _____ , actuant en la seva
condició de _____ (Pare / mare / tutor) del menor
_____ (nom del menor) , de _____ Anys d'edat, amb DNI
_____ i domicili a _____.

AUTORITZO , per mitjà del present document,

A que el MEU FILL/A, sota la meva responsabilitat, participi en l'activitat contractada amb la CLAU ROOM ESCAPE SCP, situada en el Passatge Vilaseca i Garriga K-J de Manresa el dia _____.

A aquests efectes, declaro:

1. Que dono la meva conformitat expressa i autoritzo que el meu fill/ tutelat, del qual les dades ja han estat ressenyats, pugui participar en l'activitat a dalt esmentada.
2. Que conec i accepto íntegrament la normativa de l'activitat, i accepto en nom del menor en aquells aspectes en què es requereixi.
3. Que accepto les responsabilitats que es derivin del mal ús de les instal·lacions i el material del local per part del meu fill / tutelat.
4. Que el meu fill / tutelat es troba en condicions físiques adequades per participar voluntàriament en aquesta activitat.

I , per a donar efectivitat a aquesta autorització,

SIGNAT:
(Pare, mare, tutor legal)