EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS
Instituto Provincial para el Deporte y Juventud

AUTORIZACION PARA MENORES DE EDAD

(A CUMPLIMENTAR POR EL PADRE/MADRE O TUTOR DEL MENOR)

DATOS PERSONALES DEL/ DE LA MENOR DE EDAD (Conforme consten en DNI, excepto domicilio)				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	D.N.I./N.I.E.	
Domicilio		Código Postal	Localidad	
Provincia	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Edad	Sexo ☐ **H** ☐ **M**
Correo electrónico			Teléfonos de localización /	

DATOS DEL PROGENITOR/A - TUTOR/A - RESPONSABLE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	D.N.I./N.I.E.
(padre, madre, tutor, etc.)	Teléfonos de localización / /		

AUTORIZACION FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS

☐ **SÍ AUTORIZO** Al Instituto Provincial para el Deporte y Juventud y a las entidades colaboradoras a fotografiar o filmar a mi hijo/a durante el desarrollo de la prueba, con el objeto de incorporar dichas imágenes a la memoria del Programa, así como para la difusión en revistas, redes sociales y medios de comunicación.

☐ **NO AUTORIZO** Al Instituto Provincial para el Deporte y Juventud y a las entidades colaboradoras a fotografiar o filmar a mi hijo/a durante el desarrollo de la prueba, con el objeto de incorporar dichas imágenes a la memoria del Programa, así como para la difusión en revistas, redes sociales y medios de comunicación.

Los participantes en esta prueba están cubiertos por un seguro de accidentes con las coberturas obligatorias recogidas en el Real Decreto 849/1993, (publicado en la página web idj.burgos.es).

No obstante, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contratación de Seguro 50/1980, de 8 de Octubre, en caso de fallecimiento por accidente para los menores de 14 años el capital sobreentenderá como gastos de sepelio por accidente y quedará limitado a 3.000 euros.

MANIFIESTO QUE:

☐ He leído y comprendido el reglamento de la prueba, y voluntariamente lo acepto en su totalidad, a efectos de la participación de mi autorizado.

☐ Conozco los riesgos inherentes a la participación de mi autorizado en la prueba Ciclocross Medina ……que se celebrará el día 17/10/2026 ……, y que se encuentra en posesión de las habilidades técnicas requeridas por el Organización en el Reglamento de la Prueba.
En base a lo anterior, ASUMO libre y conscientemente la materialización de los eventuales riegos que pudieran producirse derivados de su participación en la referida prueba.

☐ Que mi autorizado no está afectado por ninguna contraindicación médica para la práctica deportiva, y que su estado físico y de salud es el adecuado para su participación en la prueba.

☐ **LE AUTORIZO** a participar en la Ciclocross Medina ……, a celebrar el próximo 17 octubre …… *de 20*26

En Medina de Pomar …… a 17 …… de octubre …… de 2026

Fdo.:

NOTA IMPORTANTE
EL DIA DE LA PRUEBA, DEBERA VD. ENTREGAR COPIA DE ESTE DOCUMENTO DEBIDAMENTE FIRMADO.

En cumplimiento de lo que se dispone el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales ya la libre circulación de estos datos, y la LO 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de datos y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos de carácter personal que nos proporcione, se recogerán en un fichero cuyo responsable es: Instituto Provincial para el Deporte y Juventud,, con la finalidad de gestionar las inscripciones a la prueba, el envío de comunicaciones relacionadas con la misma, y la información sobre futuros eventos deportivos.
Los datos que se solicitan resultan necesarios para la formalización de la inscripción a la prueba, de manera que de no facilitarlos no será posible su participación en las pruebas.
En cualquier momento usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a: Instituto para el Deporte y Juventud, Avda. de la Paz, 34 Enplta. 09004 Burgos.