

Yo, _____
con DNI _____, padre/madre o responsable, legal del alumno

AUTORIZO a que participe con su centro educativo _____
en el programa de inmersión lingüística ENGLISH FOR ALL de la FUNDACIÓN EUSEBIO SACRISTÁN
durante el curso 2025/26.

ESTADO DE SALUD

DECLARO, SI LAS HUBIERA, QUE EL PARTICIPANTE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES,
ALERGIAS/INTOLERANCIAS _____

para lo que debe entregar un justificante médico que lo certifique en el centro escolar antes de
participar en la Inmersión.

AUTORIZO AL RESPONSABLE DE LA INMERSIÓN LINGÜÍSTICA A TRASLADAR A UN CENTRO MEDICO AL PARTICIPANTE EN CASO DE NECESIDAD, ASÍ COMO A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS PRECISOS.

- ☐ AUTORIZO
☐ NO AUTORIZO

CAPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE IMÁGENES DE PARTICIPANTES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE
DE LA FUNDACIÓN EUSEBIO SACRISTÁN COMO ORGANIZADORA PARA SER COLGADOS EN LOS MURALES INTERNOS
DEL CENTRO, ASÍ COMO LA PUBLICACIÓN EN ANUARIOS, CALENDARIOS Y OTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DEL
RESPONSABLE, INCLUIDAS LAS REDES SOCIALES DE LA ENTIDAD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- ☐ AUTORIZO
☐ NO AUTORIZO

¿PERMITE A LA FUNDACIÓN EUSEBIO SACRISTÁN EL ENVÍO DE INFORMACIÓN ACERCA DE SUS ACTIVIDADES A TRAVÉS DE WHATSAPP U OTROS MEDIOS?

- ☐ AUTORIZO EN EL TELÉFONO _____
☐ NO AUTORIZO

Sus datos se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y se podrán
comunicar a las entidades colaboradoras en la gestión de los servicios, por ser necesario para lograr la finalidad
expuesta y por obligación legal. 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) si considera que el tratamiento no
se ajusta a la normativa vigente. Podrá ejercer los derechos Calle Acacias 2-4, Pinar de Antequera, 47153 Valladolid.
E-mail: info@fundacioneusebiosacristan.es. Datos de contacto del delegado de protección de datos: RS SERVICIOS
JURÍDICOS S.L., Calle Santiago 3 2oDcha, 47001 Valladolid dpo@rsprivacidad.es

Yo, _____ como madre / padre o tutor, con NIF / NIE /
Pasaporte _____ con domicilio _____ núm. _____ ,
CP _____, Población _____, consiento el tratamiento de los datos en los
términos expuestos.
En _____, fecha _____

Firma: _____