

## Autorització de menors d'edat a activitats de l'Espai Jove La Fontana 2021

Jo (nom i cognoms de l'adult), \_\_\_\_\_, amb DNI,  
NIE o passaport número \_\_\_\_\_, com a pare/mare/tutor/a legal de (nom i cognoms de  
l'adolescent) \_\_\_\_\_, amb DNI, NIE o passaport  
número \_\_\_\_\_.

### Autorització familiar:

Autoritzo al meu/meva fill/a, tutelat/da a participar de les activitats organitzades per l'Espai Jove La Fontana l'any 2021. Així mateix, em faig responsable de qualsevol acció voluntària en contra de persones o béns que pugui cometre el/la meu/meva fill/a.

### Autorització sortides:

Autoritzo

No autoritzo

Al meu/meva fill/a a participar de les activitats organitzades per l'Espai Jove La Fontana que impliquin sortir fora del centre pel desenvolupament d'alguna activitat (barri, ciutat o municipi). Sempre amb avís previ i confirmació via correu electrònic. Així mateix, em faig responsable de qualsevol acció voluntària en contra de persones o béns que pugui cometre el/la meu/meva fill/a.

### Autorització drets d'imatge:

Dono

No dono

el meu consentiment per a l'enregistrament i l'ús de la imatge i/o veu del meu fill/a, tutelat/da (Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge) per ser difosa en les pàgines web, les xarxes socials, filmacions destinades a difusió pública sense ànim de lucre, i fotografies per a revistes o publicacions del Consell de la Joventut de Barcelona (V08825804) i tots els serveis que gestiona: Centre de Recursos per a les Associacions Juvenils de Barcelona, Espai Jove La Fontana i Punt d'Informació Juvenil de Gràcia. D'acord amb els convenis de gestió cívica dels diferents serveis entre el Consell de la Joventut de Barcelona i l'Ajuntament de Barcelona, aquests drets podran ser cedits total o parcialment a l'Ajuntament de Barcelona, amb el mateix objectiu d'activitat que regula el conveni de gestió.

En tot cas, se m'ha informat que puc exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, respecte de la informació facilitada, dirigint-me per escrit a:

Consell de la Joventut de Barcelona, C/ Gran de Gràcia 192 08012 Barcelona

[cjb@cjb.cat](mailto:cjb@cjb.cat)

A ....., dia ..... de/d'..... de 20.....

Signatura del pare / mare / tutor/a legal:

### **Autorització de cessió de dades:**

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, de 27 d'abril (GDPR), i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre (LOPDGDD), l'informem del següent:

El responsable de les dades facilitades lliurement és el Consell de la Joventut de Barcelona (NIF V08825804), amb seu a l'Espai Jove La Fontana, carrer Gran de Gràcia, 190-192, Barcelona, telèfon 93 265 4736 i correu electrònic [cjb@cjb.org](mailto:cjb@cjb.org).

En nom de l'organització tractem la informació que ens facilites amb la finalitat **d'oferir el servei sol·licitat**. D'acord amb els convenis de gestió cívica dels diferents serveis entre el Consell de la Joventut de Barcelona i l'Ajuntament de Barcelona, aquests drets podran ser cedits total o parcialment a l'Ajuntament de Barcelona, amb el mateix objectiu d'activitat que regula el conveni de gestió. Les dades proporcionades es conservaran mentre es mantingui la relació o durant els anys necessaris per complir amb les obligacions legals. Les dades no se cediran a tercers excepte en els casos en què hi hagi una obligació legal.

Així mateix, t'informem que pots exercir els drets d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les teves dades i els de limitació i oposició al seu tractament tot adreçant-vos a carrer Gran de Gràcia, 190-192, 08012, Barcelona (Barcelona), escrivint al correu [dades@cjb.cat](mailto:dades@cjb.cat) o reclamant a [www.aepd.es](http://www.aepd.es).

Accepto.

## Informació sanitària:

🕒 Pateix alguna malaltia crònica? \_\_\_\_\_

En cas afirmatiu, quina? \_\_\_\_\_

🕒 Té alguna al·lèrgia? \_\_\_\_\_

En cas afirmatiu, quina? \_\_\_\_\_

🕒 Té alguna intolerància alimentària? \_\_\_\_\_

En cas afirmatiu, quina? \_\_\_\_\_

🕒 Altres observacions: \_\_\_\_\_

🕒 En cas que el noi/a precisés atenció sanitària, l'equip organitzador posarà en marxa els mecanismes necessaris per tal que sigui atès a la xarxa pública de salut. A continuació, contactarem amb el pare/mare/tutor/a. Indiqueu-nos si us plau un telèfon de contacte: \_\_\_\_\_

A (ciutat) \_\_\_\_\_, dia \_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Signatura del pare/mare/tutor/a legal: