

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DE MENORES CON 16 Y 17 AÑOS
EVENTO: CRUZ CAFUNÉ EN VALLADOLID
RECINTO: Sala Porta Caeli
FECHA: 18 de Diciembre de 2020

DATOS DEL MENOR.-

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR:

DNI/NIE DEL MENOR:

(Adjuntar fotocopia)

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR:

MÓVIL DEL MENOR:

DIRECCIÓN DEL MENOR:

DATOS DEL TUTOR LEGAL.-

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI/NIE:

(Adjuntar fotocopia)

TELÉFONO MÓVIL:

EMAIL:

DIRECCIÓN POSTAL:

Importante: Indicar claramente la relación real y correcta con el menor y táchese la relación incorrecta.

PADRE/MADRE/TUTOR/FAMILIAR/AMIGO

- Manifiesto a través del actual documento y expreso mi consentimiento como padre/madre o tutor legal así como acepto mi responsabilidad de que el menor anteriormente citado acceda al recinto del evento arriba indicado.-
- Declaro y acepto sin restricciones que conozco las condiciones de compra y venta de las entradas expuestas a los menores de edad.
Apruebo la responsabilidad de impedir el consumo por parte del menor de sustancias como el alcohol, tabaco o estupefacientes; y de evitar cualquier situación de riesgo o peligro para el menor, o que él mismo pueda ocasionar.
- Eximo de cualquier tipo de responsabilidad a la empresa organizadora del evento por los daños o perjuicios que los menores pudieran padecer o provocar, además de proclamarme como responsable único de las damnificaciones mencionadas.
- Declaro que he sido informado de la política de protección de datos y acepto el tratamiento de mis datos.

Por último, consiento firmemente que la entidad no devuelva el importe abonado al menor o se deniegue su entrada al recinto, en caso de haber incumplido alguna de las condiciones o de no haber aportado la documentación correcta y necesaria.

Firmado por:

DNI nº:

Cortar por aquí _ _ _ _ _

RESGUARDO DE LA AUTORIZACIÓN:

Nombre y apellidos del menor:

Nombre y apellidos de la persona adulta:

IMPORTANTE:

Presentar este resguardo a petición de la organización.

Conservar este resguardo hasta la salida del recinto.