



AUTORIZACION PATERNA

Sr. / Sra.		, mayor de edad,
con DNI	y con domicilio en	
calle	nº	piso

AUTORIZO a **nacido/da el**

y sobre quien ejerzo la patria potestad, para que realice el curso de **'Primeros Auxilios en Bebés y Niños'** y desarrolle las tareas y actividades que en esta institución se hayan acordado.

Hago extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias en caso de extrema urgencia, bajo la pertinente dirección facultativa.

_____, de de 201_

Firma (Padre, Madre o Tutor/a)

Cruz Roja Española es titular del fichero de datos personales de voluntarios registrado en la Agencia de Protección de Datos. Salvo su contestación en contra se entiende que Ud. Consiente que los datos que nos facilita voluntariamente para la solicitud/ formulación y mantenimiento de su inscripción sean incorporados al fichero y tratados automáticamente, así como su utilización en todas aquellas actividades y acciones en las que intervenga la Institución. Queda informado que podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación y oposición dirigiendo un escrito a: Cruz Roja Española, Apartado de Correos 6053. 28080 Madrid