

AUTORIZACIÓN PATERNA

ACTIVIDADES DE LA DELEGACIÓN PASTORAL DE INFANCIA Y JUVENTUD

Nosotros _____ y _____
con DNI _____ y _____ y siendo
padres/tutores de _____, con
teléfono/s _____/_____ (datos
necesarios para comunicaciones con los padres). Autorizamos a nuestro hijo/a a
participar como voluntario en el **Encuentro Diocesano de Niños y Familias** que
organiza la Delegación de Pastoral de Infancia y Juventud de la Diócesis de Santiago. El 1
de mayo del presente año 2026, y habiendo leído la siguiente información en materia de
protección de datos personales:

Responsable/ Encargado del tratamiento	ARZOBISPADO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. Plaza de la Inmaculada, 1, de Santiago de Compostela, con CIF R1500020A, a través de la Delegación Pastoral de Infancia y Juventud.
Finalidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización del evento/actividad (inscripción, alojamientos, etc.) 2. Gestión condición de participante. 3. Comunicaciones con los interesados o con los padres por teléfono, e-mail o WhatsApp en caso de necesidad. 4. Envío de información de la actividad (hora, lugar, material necesario, etc.) o de próximas actividades similares. 5. Captación de imágenes individuales o grupales, para su publicación en Webs, Redes (Twitter, Facebook, Instagram, YouTube, TikTok -Varias de estas empresas pueden tener sede en estados externos a la UE o no declarados con nivel de protección adecuado-), Plataformas u otras publicaciones diocesanas, con la finalidad de dar a conocer nuestras actividades. 6. Atenciones alimentarias o de salud, o comunicación de información de salud a profesionales médicos.
Legitimación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participación: consentimiento. 2. Datos de salud: protección de intereses vitales del interesado. 3. Captación y uso de las imágenes y vídeos: consentimiento. 4. Envío de información: consentimiento. 5. Comunicación con padres: obligación legal.
Duración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mientras dure la actividad. 2. En cuanto a las imágenes: mientras no solicite la cesación del tratamiento a juventud@archicompostela.org 3. Envío de información de actividades similares: mientras no solicite la cesación del tratamiento a juventud@archicompostela.org
Destinatarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proveedores de servicios de la organización. 2. Los datos relativos a la salud no serán cedidos, salvo necesidad de asistencia médica durante el evento en cuyo caso serán cedidos a centros o profesionales médicos para la atención sanitaria.
Derechos	Derecho de acceder, rectificar y suprimir, limitar el tratamiento, oposición, portabilidad o dirigirse a la AEPD si considera que existe un tratamiento inadecuado. Puede ejercer los derechos, o ampliar esta información, enviando un correo electrónico juventud@archicompostela.org o al delegado de protección de datos delegadopd@archicompostela.org
Información Adicional	Se puede ampliar esta información dirigiendo un mensaje a : juventud@archicompostela.org

Interesado (hijo/a): _____ con fecha de nacimiento _____ con teléfono _____ (necesario especificarlo si se va a autorizar la inclusión en el grupo de Whatsapp).

CAPTACIÓN Y DIFUSIÓN DE IMÁGENES: SÍ_____/NO_____ consiento el tratamiento indicado. En caso afirmativo, si soy MENOR DE EDAD se refrenda con la firma de AMBOS padres/tutores:

- Nombre y apellidos _____ DNI _____.
Firma _____.
- Nombre y apellidos _____ DNI _____.
Firma _____.

ENVÍO INFORMACIÓN: SÍ_____/NO_____ consiento el tratamiento de mis datos para recibir información de la actividad (hora, lugar, material necesario, etc.) o de próximas actividades similares. En caso afirmativo, si soy MENOR DE EDAD se refrenda con la firma de AMBOS padres/tutores:

- Nombre y apellidos _____ DNI _____.
Firma _____.
- Nombre y apellidos _____ DNI _____.
Firma _____.

INCLUSIÓN EN GRUPO DE WHATSAPP: SÍ_____/NO_____ consiento mi inclusión en chats de WhatsApp. En caso afirmativo, si soy MENOR DE EDAD se refrenda con la firma de AMBOS padres/tutores:

- Nombre y apellidos _____ DNI _____.
Firma _____.
- Nombre y apellidos _____ DNI _____.
Firma _____.

AMPLIACION DE INFORMACION EN MATERIA DE IMÁGENES

Las imágenes podrán ser usadas para:

- Difusión de actividades y eventos a través de la página web o redes sociales como Twitter, Facebook, Instagram, YouTube, TikTok (u otras) de la Delegación de Infancia y Juventud.
- Filmaciones destinadas a difusión no comercial.
- Publicación en medios de comunicación (televisiones, periódicos, revistas o publicaciones de ámbito local, autonómico, nacional o internacional).
- Uso interno en memorias y proyectos de la Delegación de Infancia y Juventud.
- Documentos y material gráfico impreso como carteles, folletos y manuales.

PREVENCIONES ALIMENTARIAS

En caso de que el menor no consuma determinado tipo de alimentos, o requiera cuidados específicos de otro tipo indíquese (sin especificar la causa, salvo necesidad o conveniencia para la mejor atención). Esta información se tratará para la protección de intereses vitales del menor: _____

En Santiago de Compostela, a ____ de _____ de 2026

Firma de los padres (y, en caso de tener 14 más años, *también* es necesaria la firma del interesado) _____/_____/_____.