



MUSEO  
DE LA  
CIENCIA Y  
EL COSMOS

Don/Doña ....., DNI nº .....,  
como responsable del grupo ....., participante  
en la actividad ACAMPADAS ASTRONÓMICAS que se celebrará el .....,

EXPONE/N:

- Que ha/n sido informados del contenido de la actividad, y de los requisitos de participación en la misma.
- Declara/n ser ciertos los datos de identificación, de salud y demás datos relativos a los menores que acompañan.
- Que asume/n la responsabilidad de todos aquellos daños que los menores pudieran ocasionar a los equipos e instalaciones del Museo.

ORGANISMO  
AUTÓNOMO DE  
MUSEOS Y CENTROS



Asimismo, declara/n:

- Conocer que durante el desarrollo de la actividad podrían realizarse fotografías o grabaciones audiovisuales en general, por lo que **autoriza/n / no autoriza/n** (táchese lo que no proceda), previo los correspondientes permisos paternos o de los representantes legales, a que los menores puedan ser fotografiados/grabados, así como a que dichas imágenes sean utilizadas con fines didácticos y/o de promoción de la actividad.
- Conocer que, si para el desarrollo de la actividad fuera necesario contratar los servicios de empresa y/o profesional externo al Museo, los datos personales facilitados serían cedidos a dicha empresa /o profesional sólo para este exclusivo fin, previo compromiso del cumplimiento estricto de todas las obligaciones que sobre protección de datos de carácter personal impone la legislación vigente en la materia (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, y Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo).

En ....., a ..... de ..... de 20.....

(Firma/s)