



AUTORIZACIÓN:

D/D^a....., con DNI/Pasaporte
Nº..... y D/D^a....., con
DNI/Pasaporte Nº..... como tutores/as legales de
....., con DNI/Pasaporte Nº.....

aseguramos haber leído y dado nuestra total conformidad a todos y cada uno de los siguientes puntos:

- Autorizan la asistencia al campamento de verano con el GS Jarahonda 666 del 16 al 30 de julio de 2018 (castores del 20 al 30), el cual se celebrará en Covalada, Soria.
- Autorizan a que el asistente sea sometido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda, a fin de preservar o restablecer su salud, y a poder suministrarle el medicamento que le ha facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado.
- Autorizan a los monitores del GS Jarahonda 666 a trasladar en vehículo privado al asistente en aquellos casos que los monitores lo consideren necesarios por motivos de salud.
- Autorizan a los monitores del GS Jarahonda 666 a realizar actividades con el asistente, siempre bajo supervisión de dichos monitores.
- Autorizan a que los monitores puedan realizar fotografías del asistente durante las actividades, sin hacerlas públicas en redes sociales u otro tipo de páginas públicas, únicamente en el blog del grupo.
Sí No
- Como tutores legales del asistente, ustedes se hacen responsables de los perjuicios que éste pueda ocasionar, y se comprometen a su recogida inmediata del campamento en caso del incumplimiento de las normas.

En Madrid a..... de..... de.....

***IMPORTANTE: son necesarias ambas firmas. En caso de no ser posible comunicar al kraal.**

Firma tutor/a legal nº 1

Firma tutor/a legal nº 2



GRUPO SCOUT JARAHONDA 666
AUTORIZACIÓN CAMPAMENTO DE VERANO 2018



FICHA MÉDICA DE CAMPAMENTO: (Especificar lo máximo posible, y añadir todo lo que consideréis necesario para la salud de vuestros hijos.)

Tratamiento o medicación que deba tomar.

SE DEBE ADJUNTAR AUTORIZACIÓN
MÉDICA:.....

.....

.....

Enfermedades padecidas (sarampión, rubéola, varicela, u otras):

.....

Enfermedades crónicas (asma, diabetes, dolores óseos, epilepsia, alergias...):

.....

¿Es propenso a padecer alguna dolencia? (vómitos, diarreas, migrañas, resfriados...):

.....

Intervenciones quirúrgicas a las que haya sido sometido (apéndice, amígdalas...):

.....

¿Está al corriente de las vacunas obligatorias? (Tétanos, sarampión, rubéola, difteria...):

.....

Alergias a medicamentos:.....

.....

Alergias e intolerancias alimenticias (leche o derivados, huevo, gluten, lactosa, frutos secos,...):.....

Dietas específicas (vegana, vegetariana, etc.):.....

Indique si pertenece a la seguridad social y/o su sociedad médica (adjuntar la fotocopia de las tarjetas si así se le ha indicado por correo electrónico):.....

.....

¿Sabe su hijo/a nadar?.....En caso afirmativo, ¿le autoriza a bañarse en ríos/piscinas/lagos

bajo la supervisión de sus monitores?.....

Agradecemos cualquier otra información médica o personal acerca de su hijo/a (fobias,

sonambulismo...):.....

.....

.....