

Bankia

FUNDACIÓN
Caja de Ávila

Scouts San Antonio Ávila



AUTORIZACIÓN¹

Yo, D./Dña _____ con D.N.I. n.º _____

Autorizo a mi hijo/a:

Nombre del niño:

a asistir a la acampada a _____, que tendrá lugar del día _____

de _____ de _____. Con esta autorización manifiesto mi conformidad con los objetivos,

normas y plan de actividades planteados por el Grupo Scout San Antonio para esta acampada. Y como

padre, madre o tutor/a del niño, autorizo a:

- Que mi hijo/a sea fotografiado y/o filmado en las actividades organizadas por el grupo y doy mi consentimiento para incluir dichas fotografías en el archivo gráfico propiedad del Grupo Scout San Antonio de Ávila. Esas imágenes también podrían ser usadas para su publicación en la web y blog de esta entidad, así como a través de los medios de difusión que utilice dicha entidad.
- Que en caso de urgencia y no pudiendo ser nosotros localizados, se le presten todas las atenciones médicas que se requieran por personal facultativo.
- Trasladar en vehículo a mi hijo/a bajo mi tutela en aquellos casos que los responsables lo consideren necesarios por motivos de salud o coordinación.
- Los responsables del Grupo Scouts San Antonio a suministrar a mi hijo/a bajo mi responsabilidad el medicamento indicado en la ficha médica o el que fuera necesario.

En Ávila a de diciembre de 2015.

Fdo.:

**TELÉFONOS DE
CONTACTO**

Nº de la madre:	
Nº del padre:	
Nº de casa:	

FICHA MÉDICA²

Nombre del niño/a: _____

ALERGIAS

ENFERMEDADES

TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD O DURANTE LA ACAMPADA

OBSERVACIONES O DATOS MÉDICOS DE INTERÉS

GRUPO SANGUINEO

R.H.

¿ESTA AL DIA EN EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN CORRESPONDIENTE A SU EDAD?

SI

NO

En Ávila, a de de

Fdo.:

¹ ORDEN FAM/2005, de 4 de mayo, por la que se desarrolla el Título III. "De las actividades juveniles de tiempo libre", del Decreto 117/2003, de 9 de octubre, por el que se regulan las líneas de promoción juvenil en Castilla y León

² La falsedad u omisión de datos en esta "Ficha Médica" eximirán al Grupo Scout San Antonio de toda responsabilidad. La firma de la misma se requiere como prueba de veracidad de los datos consignados y conlleva la aceptación de la cláusula.

La correcta y responsable cumplimentación de la ficha médica será el medio de información sanitaria (alergias, enfermedades, discapacidades, etc.) al personal facultativo en caso de urgencia y deberán acompañarse, siempre que sea necesario y / o se considere oportuno, de informes, medicamentos y cualquier otro tipo de información acerca del estado de salud del participante.