

AUTORIZACIÓN ACAMPADAS



A. J. G. S. I. Gilwell, Plaza Solidaridad, número 4, 47009 Valladolid. CIF: G47700190

D/Dña _____ con DNI _____
como padre/madre o tutor legal de _____
de _____ años de edad con DNI _____, le **AUTORIZO a asistir a la actividad
del Grupo Scout Independiente Gilwell**, con CIF G-47700190 que celebrará en
_____, y que tendrá
lugar durante los días _____.

Observaciones (Comunicar la situación familiar actual en caso de padres separados, haciendo constar régimen de custodia durante la actividad, así como otras indicaciones que sean necesarias):

En el caso de que fuera necesario, también AUTORIZO a viajar en vehículo particular con matrícula
_____ y conductor _____
_____ con el fin de asistir a la actividad.

FICHA MÉDICA

TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD

NOMBRE y TELF.:

NOMBRE y TELF.:

En caso de no poder contactar con los tutores durante una emergencia médica, decidirá el coordinador de la actividad siguiendo las recomendaciones médicas de los profesionales.

ALERGIAS RECONOCIDAS Y DIVERSAS PATOLOGÍAS A TENER EN CUENTA:

TRATAMIENTOS A TOMAR DURANTE LA ACTIVIDAD:

DATOS DE INTERÉS A TENER EN CUENTA POR LOS SCOUTERS DURANTE LA ACTIVIDAD (concretar al reverso de la misma).

Firma del padre, madre o tutor:

Firma del socio, si es mayor de 14 años:

Sello de la asociación: