

362 TIERRA DEL FUEGO

DON/DOÑA con DNI/NIF:

DON/DOÑA con DNI/NIF:

y domicilio en Provincia de

Calle/Plaza/Pº:..... C.P:

Teléfonos: , ,

Como familiares del niño/a:

-

De la sección pertenecientes a la asociación Grupo Scout 362 Tierra del Fuego federada a ASDE (Exploradores de Madrid), en Madrid, a de de 20..... , hago constar:

AUTORIZACIÓN ANUAL

-Autorizo a asistir y participar en todas las actividades que se realicen tanto por parte del Grupo Scout en su conjunto como de cada sección, durante la ronda solar/..... y que su duración sea igual o menor a dos días.

-Autorizo que sea sometido/a a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que a juicio del equipo médico que en su caso le atienda, a fin de preservar o restablecer su salud, y a poder suministrarle el tratamiento que dicho equipo médico señale.

-Al traslado del educando/a en vehículo privado (coche), siempre que sea necesario, al lugar pertinente por motivos de salud o coordinación, siempre acompañado de un responsable titulado.

Será deber de los familiares informar por escrito al equipo educador sobre los datos médicos del educando/a relevantes para la realización de la actividad antes del comienzo de la misma.

Firmado:

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En las actividades del Grupo Scout 362 Tierra del Fuego no se permite que las personas menores de edad tomen medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

SOLICITO Y AUTORIZO al equipo de monitores/as del Grupo Scout 362 Tierra del Fuego para que administren a mi hijo/hija la medicación pertinente en caso de que fuera necesario.

¿Hay algún medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro hijo/a sea alérgico/a o NO queréis que le sean administrados? En caso afirmativo, indicar cuales:

-

-

-

Me hago responsable en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa de los medicamentos autorizados aquí y en la adjunta Hoja de Información Sanitaria, y para que conste, firmo la presente autorización.

Firmado:

HOJA DE INFORMACIÓN SANITARIA

¿Posee algún tipo de enfermedad crónica o algún tipo de antecedente sanitario?.....

Indique cual y su tratamiento si existe y adjunte fotocopia del prospecto:

¿Habitualmente toma algún tipo de medicación? ¿Cuál?

¿Los medicamentos necesitan estar en frigorífico? Adjunte fotocopia del prospecto.

Es alérgico a:

Desde hace (tiempo):.....

Tratamiento (indique nombre del medicamento, frecuencia con que lo toma y duración del mismo)

..... Adjunte fotocopia del prospecto.

¿Actualmente padece alguna enfermedad transitoria? Indique cual:

Tratamiento (indique nombre del medicamento, frecuencia con que lo toma y duración del mismo):

..... Adjunte fotocopia del prospecto.

¿Tiene alguna enfermedad infecto-contagiosa crónica?..... Indique cual:

Tratamiento (indique nombre del medicamento, frecuencia con que lo toma y duración del mismo):

..... Adjunte fotocopia del prospecto.

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 5 años?.....de:

Hace (tiempo): ¿Tiene prevista alguna intervención?.....

¿Ha padecido enfermedades propias de la infancia (varicela, sarampión, rubéola, paperas, etc.)?

Indique cuál:

Otras observaciones importantes (problemas de visión, auditivos, dieta especial, problemas locomotores, etc).....

¿Sabe nadar?..... Observaciones:

Confirmando que no oculto información médica de mi hijo/a al Grupo Scout 362 Tierra del Fuego.

Firmado: