

AUTORIZACIÓN EVENTUAL

DOÑA/DON: _____ CON NIF _____

DOÑA/DON: _____ CON NIF _____

Y DOMICILIO EN _____ PROVINCIA DE _____

CALLE/PLAZA/Pº _____

C.P. _____ TELÉFONOS: _____, _____ y _____

COMO FAMILIARES DEL NIÑO/A/OS/AS

- _____ EDAD _____

- _____ EDAD _____

AUTORIZAN A:

SIN PERTENECER A LA ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT 362 TIERRA DEL FUEGO
FEDERADA EN ASDE (EXPLORADORES DE MADRID), A ASISTIR Y PARTICIPAR EN LA
ACTIVIDAD QUE TENDRÁ LUGAR EN _____ CON COMIENZO
EL ____ / ____ / _____ A LAS ____:____ Y CON FIN EL ____ / ____ / _____ A
LAS ____:____.

AL TRASLADO DEL EDUCANDO/A EN COCHE, SIEMPRE QUE SEA NECESARIO, AL LUGAR
PERTINENTE (AMBULATORIO, HOSPITAL), SIEMPRE ACOMPAÑADO DE UN/A
RESPONSABLE TITULADO/A.

SERÁ DEBER DE LOS FAMILIARES EL INFORMAR POR ESCRITO AL EQUIPO DE
MONITORES SOBRE LOS DATOS MÉDICOS DEL EDUCANDO/A RELEVANTES PARA LA
REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTES DEL COMIENZO DE LA MISMA.

FDO:

EN MADRID, A ____ DE _____ DE _____