

Autorización asistencia a salidas/campamentos (no reuniones)

AU-S-02.17

AUTORIZACIÓN MATERNA/PATERNA/TUTOR

Yo, Don/Doña _____ con DNI _____

 -____. Autorizo a mi hijo/a _____
 a participar en la actividad/salida/acampada de la Asociación
 Grupo Scout 312 Cruz del Sur denominada _____
 a realizar en _____ los
 días _____

Así mismo entiendo que de no haber notificado mediante la cumplimentación de un nuevo DS-01.17 (ficha médica), los cambios que hayan acaecido en la condición física o psíquica del/la menor, la responsabilidad de los problemas derivados del hecho de no haber realizado dicha notificación, recaerá íntegramente sobre mi persona. Quedando exenta de cualquier responsabilidad que sea inherente a dicha circunstancia, tanto la Asociación Grupo Scout 312 Cruz del Sur como los scouters responsables de la citada actividad/salida/acampada.

El día de la salida debe entregar el original de la tarjeta de asistencia sanitaria al scouter de la sección a la que pertenece el/la menor. Del mismo modo a las/los socias/os que pertenezcan a las mutualidades (ISFAS, MUFACE, MUGEJU) se les recomienda entregar también algunas recetas. El día de la salida, también deberá entregarle al scouter de su sección, los medicamentos que el/la menor esté deba tomar durante el tiempo que dure la salida, junto a las instrucciones necesarias para la administración de los mismos (pauta y posología de administración). Se anexa al pie de esta autorización una ficha médica reducida para cumplimentar en caso de que existan variaciones respecto a la que se entregó con la inscripción.

Así mismo, **marco esta casilla** ☐ **para autorizar** a la Asociación Grupo Scout 312 Cruz del Sur a domiciliar en mi cuenta bancaria, el cobro del coste de dicha actividad/salida/acampada.

FIRMA y DNI DOMICILIACIÓN
 (titular de la cuenta)

AUTORIZACIÓN
 (madre, padre o tutor/a)

2 Ficha sanitaria (Rellenar solo en caso de cambios con la anterior)			
Seguro médico <input type="checkbox"/> Seguridad Social		Seguro médico <input type="checkbox"/> Seguro privado	
		Nº S.S. o Póliza	
PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿Padece actualmente alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cuál?	
¿Padece alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cuál?	
¿Está operado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿De qué?	
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS			
¿Es alérgico a algún tipo de medicamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cuál?	
¿Presenta más alergias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿A qué?	
¿Sigue algún régimen o dieta especial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cuál?	
MEDICACIÓN			
¿Está tomando algún medicamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cuál?	Dosis
		¿Cuál?	Dosis
		¿Cuál?	Dosis
		¿Cuál?	Dosis
Pauta			
Otra información de interés			

3 Declaro y autorizo
DECLARO

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

AUTORIZO

Que, en caso de máxima urgencia, el/la scouter responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción Médica, si ha sido imposible mi localización.

FIRMA: _____ En _____, a _____ de _____ de
 DNI: _____