



Asociación Guías de Aragón
Grupo nº 8
Tallac-Alcorze



FICHA/AUTORIZACIÓN

ACAMPADA DE NAVIDAD SAN GREGORIO 2017



Yo

.....
con D.N.I autorizo a mi, llamado
..... y con DNI a participar en la
actividad **ACAMPADA DE NAVIDAD SAN GREGORIO 2017** organizada por grupo 8
Tallac-Alcorze desde el 26 al 29 de Diciembre de 2017 en el entorno de San Gregorio (Zaragoza),
aportando los siguientes datos:

| | | | |
|----------------------------|----------------|---------------------------------------|------------|
| Nombre: | Apellidos: | | |
| Fecha de nacimiento: | Años actuales: | Nº de Hermanos: | |
| Domicilio: | | CP: | Localidad: |
| Nombre del padre/tutor: | | Teléfono y e-mail del padre/tutor: | |
| Nombre de la madre/tutora: | | Teléfono y e-mail de la madre/tutora: | |
| DNI del niño/a: | | Nº Seguridad Social | |

AUTORIZACIÓN:

D/Dº..... CON DNI:.....

AUTORIZA A SU HIJO/A, TUTELADO A PARTICIPAR EN LA ACAMPADA DE NAVIDAD ORGANIZADO POR EL GRUPO 8 TALLAC-ALCORZE, PERTENECIENTE A LA ASOCIACIÓN GUÍAS DE ARAGÓN. BAJO LAS CONDICIONES DE LAS QUE HE SIDO INFORMADO POR EL EQUIPO DE MONITORES. DECLARO QUE MI HIJO/A, TUTELADO, ARRIBA IDENTIFICADO SE ENCUENTRA EN LAS CONDICIONES PSICOFÍSICAS NECESARIAS PARA SU REALIZACIÓN RECONOCIENDO ADEMÁS QUE LOS CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOFÍSICO DE MI HIJO/A, TUTELADO, ARRIBA IDENTIFICADO. LAS CONDICIONES NO DECLARAS U OCULTAS AL EQUIPO DE MONITORES O A LA CONDUCTA INAPROPIADA DE MI HIJO/A, TUTELADO ARRIBA IDENTIFICADO DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PUEDEN CAMBIAR A LAS SANCIONES O REDUCCIONES DE LAS ACTIVIDADES QUE EL EQUIPO DE MONITORES DEL CAMPAMENTO CONSIDERE OPORTUNAS.

*EL EQUIPO DE MONITORES SE RESERVA EL DERECHO A REALIZAR CAMBIOS EN EL PROGRAMA ESTABLECIDO SIN NOTIFICACIÓN PREVIA CUANDO ESTOS SEAN CONSECUENCIA DE CIRCUNSTANCIAS AJENAS A LA ORGANIZACIÓN.

ZARAGOZA A.....DE.....2017

(FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR)

INFORMACIÓN SANITARIA :

| | | |
|---|-------|-------|
| GRUPO SANGUÍNEO | ATURA | PESO |
| ¿Presenta enfermedad que requiera tratamiento permanente? | | SI NO |

(En caso afirmativo, indicar motivo y acompañar informe medico)

HISTORIAL MÉDICO

¿Esta al corriente del calendario de vacunación? Si No

¿Se le conoce alergia a algún medicamento?

No Si

En caso afirmativo indicar cuál y opción utilizada habitualmente

Es propenso a...

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|--------------------------|----|--------------------------|---------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Mareos | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Dolor de tripa | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Asma | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Hemorragias nasales | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Enuresis nocturna | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo indicar tratamiento habitual

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (En caso afirmativo indicar el motivo)

Sí hay alguna otra información que el equipo de monitores deba conocer por favor, indíquela aquí.
Trastornos de conducta, miedos...

.....
Por favor en caso de que hay cualquier otro tipo de información que deba conocer un médico, indíquela aquí:

.....
En caso de emergencia, y si no ha sido posible la localización de los padres ni persona de contacto, autorizo al personal sanitario competente a tomar las medidas que considere oportunas:

Sí autorizo No autorizo

NO ESTOY OMITIENDO DATOS MÉDICOS SOBRE MI HIJO/A:

AUTORIZACIÓN MÉDICO-QUIRURGICA:

D/Dª.....CON DNI.....
AUTORIZO A LAS DECISIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS QUE FUERA NECESARIO
ADOPTAR CON SU HIJO/A.....
EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, BAJO DIRECCIÓN FACULTATIVA PERTINENTE.

FIRMA (PADRE/MDRE/TUTOR)

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS:

YO D/Dª..... CON DNI.....
AUTORIZO AL EQUIPO DE MONITORES DE LA ACAMPADA DE NAVIDAD ORGANIZADO POR EL
GRUPO 8 TALLAC-ALCORZE, PERTENECIENTES A LA ASOCIACIÓN GUÍAS DE ARAGÓN A LA
PUBLICACIÓN DE **LAS FOTOS Y/O IMÁGENES ANÓNIMAS**, INDIVIDUALES O COLECTIVAS,
REALIZADAS DURANTE EL CAMPAMENTO, DE MI
HIJO/A.....

**AVISO: todos los objetos electrónicos (móviles, mp3, videoconsolas...) excepto cámaras de fotos, que sean vistos por los monitores durante el campamento serán confiscados y devueltos al final del campamento. Así mismo, el campamento no se hace responsable de los objetos de valor de los participantes que no estén bajo custodia de los monitores. **

AUTORIZACIÓN A TRASLADOS EN VEHÍCULO

En caso de necesidad, como evacuación, traslado a centro médico o traslado a lugar de realización de actividades fuera del lugar base.

Si autorizo No autorizo

A que mi hijo/a sea trasladado en el vehículo de la acampada u otros vehículos de apoyo que allí se encuentren. Siempre que el conductor tenga los permisos necesarios para ello.

El vehículo cuente con los sistemas de retención infantil apropiados para mi hijo/a. Que son: (marcar la poción correcta)

- Grupo II de 15 a 25 kg. elevador con respaldo y cinturón de seguridad del vehículo
- Grupo III de 22 a 36 kg y más de 135 cm de altura. Elevador sin respaldo y cinturón de seguridad o Cinturón de seguridad del vehículo.
- Cinturón de seguridad.

Yo _____ con _____ D.N.I. _____
_____ como responsable del menor, cuyo nombre figura en el apartado
“Datos personales” DECLARO que no he omitido ni falseado información, referente a mi hijo/a
en la ficha de inscripción y médica.

Firma padre, madre o tutor.....

