

DON/DOÑA ……………………………………......................................con DNI/NIF: …………..……………

DON/DOÑA ……………………………………......................................con DNI/NIF: …………..……………

y domicilio en …………………………………………………………………………………………………..

provincia de ……………………… C.P: ..……………………

Teléfonos: ……………………………..…..……. , ……..……………………..……

Mails: ………………………………………………………………………,…………………………….................................................

Como familiares del niño/a:

- ……………………………………….…………............................. con fecha de nacimiento: ..…………….…….…………….

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 medicamento 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 cuál y cuál es su tratamiento (nombre medicamento, frecuencia para tomarlo…). Además, adjunte fotocopia del prospecto:

…………………………………………………………………………………………….…………………….……………………………….………………………………………………………………………………….

* ¿Actualmente padece alguna enfermedad transitoria? ............

Indique cuál y cuál es su tratamiento (nombre medicamento, frecuencia para tomarlo…). Además, adjunte fotocopia del prospecto:

…………………………………………………………………………………………….…………………….……………………………….………………………………………………………………………………….

* ¿Tiene alguna enfermedad infecto-contagiosa crónica?............

Indique cuál y cuál es su tratamiento (nombre medicamento, frecuencia para tomarlo…). Además, 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: ………..……………………………....................................................................................

* ¿Habitualmente toma algún tipo de medicación? ........
* ¿Cuál? ……………………………………………………....................
* ¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico? ………… (Adjunte fotocopia del prospecto)

**ALERGIAS**

Indique todas las alergias que padece su hijo/a (de todo tipo por favor: alimentarias, medicamentos, pólenes, etc)

………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Desde hace (tiempo):..……………………..

Tratamiento (indique nombre del medicamento, frecuencia con que lo toma y duración del mismo) ……………………………………………........................................................................................................Adjunte fotocopia del prospecto.

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

* ¿Sabe nadar?.............. NIVEL (del 0 al 10): ……….
* Confirmo que no oculto información médica de mi hijo/a al Grupo Scout 362 Tierra del Fuego.

**Firmado:**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**AUTORIZACIÓN PARA IRSE SOLOS**

Autorizo a que mi hijo/a se vaya solo a casa cuando finalicen las actividades, bajo mi responsabilidad y sin que ningún adulto se responsabilice de acompañarlo/a.

**Firmado:**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

***POR FAVOR, ROGAMOS QUE SI SURGE ALGÚN CAMBIO EN EL ÁMBITO MÉDICO DE SU HIJO/A, INFORME INMEDIATAMENTE AL GRUPO DE SCOUTERS. SOBRE TODO DE CARA A CAMPAMENTOS (ALERGIAS NUEVAS, TRATAMIENTOS MÉDICOS, ETC)***