**Autorización para participar en las actividades**

**Ronda Solar 20\_\_/20\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** | | |
| **DNI/NIE (si lo tuviera):** | **FECHA DE NACIMIENTO:** | **SECCIÓN** |
| **CORREO ELECTRÓNICO CONTACTO:** | | |
| **TELÉFONO 1:** | **TELÉFONO 2:** | **TELÉFONO 3:** |

Padre/tutor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout Estrella Polar hago constar:

Madre/tutor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout Estrella Polar hago constar:

Autorizo que asista a todas las actividades (incluidas acampadas y excursiones) que organiza el Grupo Scout Estrella Polar 191 durante la Ronda 20\_\_\_ /20\_\_\_

Autorizo que sea sometido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda a fin de preservar o restablecer su salud, y a poder suministrarle el medicamento que le ha facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado.

Autorizo al equipo de scouters (monitores/as) del Grupo Scout Estrella Polar 191 para que pueda trasladarle/a en vehículo privado en aquellos casos en que el equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a