



CAMPAMENTO PRIMAVERA 14

“La Hunde”
Ayora (Valencia)
17 al 20 de abril

SECCIÓN	
Castores	
Manada	
Scout	
Esculta	
Clan	

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento: Edad:

Domicilio:

Localidad: Provincia: CP:

Teléfonos de contacto:

..... preguntar por:

..... preguntar por:

..... preguntar por:

Dirección familiar durante la estancia:

.....

.....

AUTORIZACIÓN

D./D^a:, con
D.N.I n^o:, autorizo a mi hijo/a:

.....
para que asista al Campamento que organiza el Grupo Scout Timbiras y tendrá lugar los días 17 al 20 de abril de 2014 en el Campamento “La Hunde” en Ayora (Valencia) y realice las actividades propias de la actividad.

Igualmente, autorizo a los responsables del Grupo, en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones médico-quirúrgicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

Del mismo modo, autorizo a mi hijo/a a realizar desplazamientos, a través de los servicios de transporte municipales y/o vehículos particulares o alquilados de que se disponga desde la Coordinación o el equipo de Scouters responsables del Grupo Scout Timbiras, y así, lo requieran las actividades diseñadas.

En Valencia, a de abril de 2014

Firma



CAMPAMENTO PRIMAVERA 14

“La Hunde” Ayora (Valencia)
17 al 20 de abril

INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre y apellidos -	Fecha de nacimiento/...../.....
-------------------------	--

¿Es alérgica/o a algún alimento medicina, u otra cosa? No Si (si es así, enumera las alergias)

-

-

-

¿Ha recibido todas las vacunas correspondientes a su edad?
Sí No

Nombre del medicamento a ser suministrado en el campamento:
-

Dosis: -	¿A qué hora debemos suministrarla? -
-------------	---

Nombre del medicamento a ser suministrado en el campamento:
-

Dosis: -	¿A qué hora debemos suministrarla? -
-------------	---

Observaciones:

En caso de necesitar paracetamol ¿Qué dosis debe tomar?		En el caso de ibuprofeno ¿Qué dosis debe tomar?	
--	--	--	--

Autorización suministro medicamentos en el campamento

D./D^a:, con D.N.I n^o:, autorizo a la persona/as encargada/as del botiquín, le suministre/n al acampado antes citado la medicación arriba descrita durante el campamento, atendiendo a mis indicaciones o cualquier medicamento que recetase el facultativo, en caso de acudir por necesidad a la consulta del médico.

Firma

Cláusula informativa (art. 5.1 de la LOPD)

*A efectos de lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que estos datos sean incluidos en un fichero del que es titular la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT TIMBIRAS, con domicilio en la Calle Llanera de Ranes, N^o 30 Bajo 46017 (Valencia) y puedan ser utilizados con la finalidad de desarrollar las actividades programadas en el campamento. Declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar dirigiéndome por escrito en el domicilio anteriormente citado.