



Fecha

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES (MENORES DE EDAD)

RONDA SOLAR

/

Datos Personales del Educando/a			
Nombre Registral (DNI)		Apellidos	
Nombre por el que se identifica			
DNI/NIE		Fecha de Nacimiento	
Sección		Email	
Teléfonos			

Autorización

Yo, _____ con DNI/NIE _____ madre/padre/tutor/a legal de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout Siles 361 hago constar:

- Autorizo que asista a todas las reuniones, reuniones fuera de horario habitual y salidas de grupo y/o sección que organiza el Grupo Scout Siles 361 durante la Ronda _____ / _____
- Autorizo que se pueda someter 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 se le prescriba para el cumplimiento del tratamiento señalado.
- Autorizo al equipo de scouters del Grupo Scout Siles 361 para que pueda gestionar el traslado en vehículo privado en aquellos casos en que el Equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor o tutor no presente en la firma de la autorización para participar en las actividades del Grupo Scout Siles 361.



Así mismo, informo de que mi hijo se encuentra bajo el siguiente tratamiento por alergia y/o enfermedad; y si necesita algún tipo de régimen especial o hay algún alimento que no pueda comer, o algún otro dato relevante (pesadillas, etc). Notificaré al grupo en caso de que este diagnóstico cambie:

ENFERMEDAD	MEDICAMENTO	POSOLOGÍA

Alimentos que no puede tomar, régimen u otras observaciones:

En _____, a _____ de _____	Firma madre/padre o tutor/a legal
----------------------------	-----------------------------------

RESPONSABLE: Grupo Scout Siles 361 | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: [\(Página web GS o donde el GS disponga\)](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.