

AUTORIZACIÓN / CONFORMIDAD DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDAD

Fecha: _____

Nombre del /de la participante: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ C.I.- _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Asistencia de salud: _____ Emergencia móvil: _____

Persona y teléfono de contacto en caso de necesidad: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Vencimiento de vacunas: _____ ¿Toma medicación? ¿Cuál? _____

Alérgico/a a: _____ Asmático/a _____ Epiléptico/a _____

Cardiopatías: _____ Hemofilia: _____ Diabetes: _____

Hipertensión: _____ Cursando embarazo (¿semana?) _____

Intervenciones quirúrgicas: _____ Psicopatías: _____

Antecedentes de enfermedades: _____

Otra información relevante: _____

ALIMENTACIÓN:

Vegetariano: _____ Ovo-lácteo-vegetariano: _____ Celíaco: _____

ACTIVIDAD: _____

LUGAR: _____ **FECHA:** _____

GRUPO SCOUT: _____ **RAMA:** _____

DIRIGENTE RESPONSABLE: _____

Por favor, leer con atención:

Comprendo que las actividades a desarrollar pueden presentar ciertos riesgos.

Yo (abajo firmante), declaro que voluntariamente **participo o autorizo a participar a mi hijo/a** de estas actividades, y que conozco la naturaleza, riesgos y peligros de las mismas.

Declaro entender y aceptar que los organizadores, colaboradores, auspiciantes o propietarios de instalaciones o equipos, no son responsables por ninguna lesión o daño que pueda sufrir **yo o mi hijo/a** durante el desarrollo de las actividades propuestas, o los traslados hacia las mismas, responsabilizándome de las consecuencias.

Declaro asimismo **estar apto y capaz, o que mi hijo/a está apto y capaz**, para realizar actividades física y mentalmente intensas y demandantes. Entiendo y acepto que algunas de estas actividades se realizan en ambientes en donde la atención médica puede ser de difícil acceso. Solicito y autorizo que en caso de imposibilidad de expresar mi voluntad, se me **proporcione a mi o a mi hijo/a** la asistencia de auxilio, transporte, médica y quirúrgica disponible y que los encargados de la actividad y/o médicos tomen decisiones de urgencia.

Declaro haber leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones establecidos en este documento. Autorizo a SDU la libre utilización de las imágenes de mi hijo/a tomadas durante la actividad. Dichos materiales podrán ser utilizados libremente por SDU para el cumplimiento de fines de promoción de la institución y sus actividades.

Participante menor de 18 años

C.I.del firmante: _____ **Firma:** _____ Aclaración: _____

Calidad del firmante (Padre / Madre / Tutor) _____

Teléfono del firmante: _____