

D/Dª _____ con / com DNI núm. _____
(nombre del padre/madre o tutor/a legal / nome do pai/mãe ou tutor/a legal)

AUTORIZO

a: _____
(nombre y apellidos del niño/a o joven menor de edad / nome e sobrenome da criança ou jovem menor de idade)

perteneciente al / pertencente ao _____ Grupo Scout 125 San Estanislao de Málaga
(nombre del grupo y ciudad / nome do grupo e cidade)

Durante los / os _____ días 15 al 30 de julio (julho) de 2025
(fechas del campamento / datas do acampamento)

a participar en el campamento de verano en / no acampamento do verão em

_____ São Jacinto (Aveiro, Portugal).

Asimismo, declaro que mi hijo/a no padece enfermedad infectocontagiosa o problema físico, que impida su participación en las actividades educativas que se desarrollarán a lo largo del Campamento, y que ha sido debidamente vacunado según indicaciones de las autoridades sanitarias.

Além disso, declaro que o meu filho/a não sofre de doença infectocontagiosa ou problema físico que impeça a sua participação nas atividades educativas que serão desenvolvidas ao longo do Acampamento, e que foi devidamente vacinado conforme às indicações das autoridades sanitárias.

Esta autorización se hace extensiva en lo referente a las decisiones de carácter médico y quirúrgico que, en situación de necesidad y bajo prescripción facultativa, fuese necesario tomar llegado el caso.

Esta autorização se estende às decisões de caráter médico e cirúrgico que, em situação de necessidade e sob prescrição médica, sejam necessárias tomar.

También autorizo a que pueda ser utilizado material gráfico donde aparezca mi hijo/a, sin fines lucrativos.

Também autorizo a utilização de material gráfico onde apareça o meu filho/a, sem fins lucrativos.

En / Em _____, a / aos ____ de _____ de 2025

Firmado / Assignado _____

Datos adicionales (rodear lo que proceda) / *Dados adicionais (circular o que for aplicável)*

Sección / Seção:

Autobús / Ônibus: Ida (Sí / No), vuelta (Sí / No)

Talla de [Tamanho da] camiseta: 7/8-9/11-12/14-S-M-L-XL

En caso de urgencia comunicarse con / *Em caso de emergência, entre em contato com:*

1) Nombre / Nome: _____ Teléfono / Telefone: _____

2) Nombre / Nome: _____ Teléfono / Telefone: _____

Firmado / Assinado _____

INDICACIONES:

Hacer constar aquí cualquier tratamiento médico, dieta alimenticia, alergia o intolerancia diagnosticada, o cualquier otra circunstancia que haya de ser tenida en cuenta. Si falta espacio, utilizar una hoja adicional.

INDICAÇÕES:

Registrar aqui qualquer tratamento médico, dieta alimentar, alergia ou intolerância diagnosticada, ou qualquer outra circunstância que deva ser levada em consideração. Se faltar espaço, utilizar uma folha adicional.

PROTECCIÓN DE DATOS: Este formulario ha sido rellenado con los datos que los propios interesados han comunicado a la Asociación, con la base legal de tratamiento amparada en su condición de socio o miembro de ella. Puede ejercer sus derechos en el momento de la firma o escribiendo a la dirección de correo coordinador_grupo@gs125.com

PROTEÇÃO DE DADOS: Este formulário foi preenchido com os dados fornecidos pelos próprios interessados à Associação, com a base legal de tratamento amparada em sua condição de sócio ou membro dela. Pode exercer os seus direitos no momento da assinatura ou escrevendo para o endereço de correio coordinador_grupo@gs125.com