

D/D^a _____ con / com DNI núm. _____
(nombre / nome)

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

SOLICITO

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

_____ São Jacinto (Aveiro, Portugal). _____

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

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

Da mesma forma, declaro que não sofro de nenhuma doença infectocontagiosa ou problema físico que impeça minha participação nas atividades educativas que serão realizadas durante o Acampamento, e que fui devidamente vacinado conforme as orientações das autoridades sanitárias.

Autorizo a los responsables del campamento 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.

Autorizo os responsáveis pelo acampamento a tomarem decisões de carácter médico e cirúrgico que, em caso de necessidade e sob prescrição médica, sejam necessárias.

También autorizo a que pueda ser utilizado material gráfico donde aparezca sin fines lucrativos.

Também autorizo a utilização de material gráfico em que eu apareça, desde que sem fins lucrativos.

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

Firmado / *Assinado* _____

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.