Grupo de Guías y Scouts Andrée Wolf
www.andreewolf.cl
@gsandreewolf

AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR AL CAMPAMENTO DE PRIMAVERA "ISLOTE DE LAS GAVIOTAS" 2019

Nombre del Miembro Beneficiario _____

Rut _____

Unidad _____

Nombre del Padre o Madre Responsable _____

Por medio del presente documento autorizo a mi hijo(a) a participar del **Campamento de Primavera "Islote de las Gaviotas 2019"**, actividad organizada por el grupo de Guías y Scouts Andrée Wolf, y a realizarse desde el día 11 hasta el 13 de octubre, el cual se llevará a cabo en el camping *Islote de las Gaviotas*, ubicado en Curaumilla 8, Valparaíso, Región de Valparaíso.

La presente autorización la otorgo con pleno conocimiento de la organización del Grupo Scout, el cual está constituido por todos los jóvenes beneficiarios inscritos, sus padres y apoderados, y un grupo de ex alumnos del Colegio Andrée que actúan como dirigentes de las actividades bajo el modelo de educación del Movimiento Scout, sabiendo que la relación con el Colegio Andrée se limita solamente a la facilitación las dependencias físicas para el desarrollo de las actividades.

Además, declaro tener pleno conocimiento de los riesgos inherentes a la actividad de los Scouts, de los cuales he sido informado detalladamente, por lo que libero a sus organizadores de toda responsabilidad a su respecto por los eventuales perjuicios en la integridad física y/o de salud de mi hijo(a), sea por caídas, enfermedades, contagios, virus Hanta, etc.

En todo caso me consta que en todas las actividades del movimiento scout organizadas por el Grupo, siempre se adoptan todas las medidas preventivas a su alcance, por los posibles riesgos que los jóvenes puedan verse involucrados, medidas que en esta oportunidad también han sido tomadas.

En consecuencia, en mi calidad de padre y/o madre del menor individualizado, asumo en plenitud la responsabilidad y los eventuales riesgos por la participación de mi hijo(a) en el campamento, para el cual otorgo la presente autorización eximiendo de toda responsabilidad al Grupo Scout, Dirigentes, Organizadores y Personal de Apoyo.

En caso de alguna emergencia durante el desarrollo de la actividad, agradeceré a los encargados del grupo comunicarse a los teléfonos indicados más abajo.

Firma _____

Cédula de Identidad _____

Teléfono _____

Celular _____

Santiago, ___ de Septiembre 2019

Grupo de Guías y Scouts Andrée Wolf
www.andreewolf.cl
@gsandreewolf

Nombre del Miembro Beneficiario _____
Rut _____
Unidad _____
Nombre del Padre o Madre Responsable _____

Mediante el presente documento autorizo al encargado de salud de campamento a administrar los siguientes medicamentos y sus respectivas dosis cuando sea necesario bajo su criterio.

Medicamento	**Sí**	**No**	**Dosis**	**Cada Cuántas Horas**
Ibuprofeno				
Diclofenaco				
Ketoprofeno				
Paracetamol				
Viadil				
Clorferamina				
Desloratadina				
Loratadina				
Lactulosa				
Diaren				
Nastizol				
Tapsin				

Cualquier otro medicamento deberá ser consultado al siguiente número, previa su administración.

Firma _____
Cédula de Identidad _____
Teléfono _____
Celular _____

Santiago, ___ de Septiembre 2019