



AUTORIZACIÓN CAMPAMENTO

EL FRASNO, ZARAGOZA

Yo..... con D.N.I autorizo a mi llamado y con **D.N.I.** a participar en el **Campamento de El Frasno 2021** organizada por grupo 8 TALLAC-ALCORZE desde el 28 de junio hasta el 4 de julio en el entorno de El Frasno (Zaragoza) aportando los siguientes datos:

DATOS PERSONALES

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de nacimiento:	Años actuales:	Nº de Hermanos:	
Domicilio:		CP:	Localidad:
Nombre del padre/tutor:		Teléfono y e-mail del padre/tutor:	
Nombre de la madre/tutora:		Teléfono y e-mail de la madre/tutora:	
DNI del niño/a:		Nº Seguridad Social	

AUTORIZACIÓN:

D/Dº..... CON DNI.....

AUTORIZA A SU HIJO/A, TUTELADO A PARTICIPAR EN CAMPAMENTO "EL FRASNO 2021" ORGANIZADO POR EL GRUPO 8 TALLAC-ALCORZE, PERTENECIENTE A LA ASOCIACIÓN GUÍAS DE ARAGÓN. BAJO LAS CONDICIONES DE LAS QUE HE SIDO INFORMADO POR EL EQUIPO DE MONITORES. DECLARO QUE MI HIJO/A, TUTELADO, ARRIBA IDENTIFICADO SE ENCUENTRA EN LAS CONDICIONES PSICOFÍSICAS NECESARIAS PARA SU REALIZACIÓN RECONOCIENDO ADEMÁS QUE LOS CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOFÍSICO DE MI HIJO/A, TUTELADO, ARRIBA IDENTIFICADO. LAS CONDICIONES NO DECLARADAS U OCULTAS AL EQUIPO DE MONITORES O A LA CONDUCTA INAPROPIADA DE MI HIJO/A, TUTELADO ARRIBA IDENTIFICADO DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PUEDEN CAMBIAR A LAS SANCIONES O REDUCCIONES DE LAS ACTIVIDADES QUE EL EQUIPO DE MONITORES DEL CAMPAMENTO CONSIDERE OPORTUNAS.

*EL EQUIPO DE MONITORES SE RESERVA EL DERECHO A REALIZAR CAMBIOS EN EL PROGRAMA ESTABLECIDO SIN NOTIFICACIÓN PREVIA CUANDO ESTOS SEAN CONSECUENCIA DE CIRCUNSTANCIAS AJENAS A LA ORGANIZACIÓN.

ZARAGOZA A.....DE.....2021

(FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR)



INFORMACIÓN SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	ATURA	PESO
¿Presenta enfermedad que requiera tratamiento permanente? SI * NO		
*(En caso afirmativo, indicar motivo y acompañar informe médico)		

HISTORIAL MÉDICO (Rodear)

¿Está al corriente del calendario de vacunación?	SI	NO
¿Se le conoce alergia a algún medicamento?	SI*	NO
*En caso afirmativo indicar cuál y la opción a tratar habitualmente:		
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?	SI*	NO
*En caso afirmativo indicar motivo y si ha de ser tenido en cuenta para la vida rutinaria del niño/a:		

Es propenso a...

Mareos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Dolor de tripa	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Asma	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Hemorragias nasales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Fiebre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Enuresis nocturna	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Si hay alguna otra información que el equipo de monitores deba conocer por favor, indíquela aquí:
Trastornos de conducta, miedos, etc



Por favor, en caso de que hay cualquier otro tipo de información que deba conocer un médico, indíquela aquí:

En caso de emergencia, y si no ha sido posible la localización de los padres, ni persona de contacto, autorizo al personal sanitario competente a tomar las medidas que considere oportunas:

Sí autorizo No autorizo

NO ESTOY OMITIENDO DATOS MÉDICOS SOBRE MI HIJO/A

FIRMA (MADRE/PADRE/TUTOR):

AUTORIZACIÓN MÉDICO-QUIRURGICA:

D/D^a.....CON DNI.....

AUTORIZO A LAS DECISIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS QUE FUERA NECESARIO ADOPTAR CON SU HIJO/A.....

EN CASO DE EXTREMA URGENCIA, BAJO DIRECCIÓN FACULTATIVA PERTINENTE.

FIRMA (PADRE/MADRE/TUTOR)

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA:

DADA LA SITUACIÓN CAUSADA POR EL COVID-19, DE ACUERDO A LA **ORDEN SAN/828/2020, DE 4 DE SEPTIEMBRE**, POR LA QUE SE ACUERDA LA REINCORPORACIÓN PLENA AL RÉGIMEN DE NUEVA NORMALIDAD DE LAS COMARCAS DE BAJO CINCA, BAJO ARAGÓN-CASPE, COMARCA CENTRAL Y MUNICIPIO DE HUESCA, LAS ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN GUÍAS DE ARAGÓN GARANTIZARÁN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS SUJETAS A PREVENIR, CONTENER Y COORDINAR DICHA EPIDEMIA, ESTABLECIDAS EN EL **REAL DECRETO-LEY 21/2020, DE 9 DE JUNIO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19**.

POR ELLO, EL ABAJO FIRMANTE DECLARA QUE EL AUTORIZADO NO PRESENTA NINGÚN TIPO DE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON EL SARS-COV-2 (FIEBRE, TOS, DIARREA, VÓMITOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR DE CABEZA SOSTENIDO, DOLOR MUSCULAR SOSTENIDO, PÉRDIDA DE GUSTO Y/U OLFATO), NO ESTÁ INCUMPLIENDO NINGUNA MEDIDA DE AISLAMIENTO RECOMENDADA POR EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, NO ESTÁ PENDIENTE DEL RESULTADO DE UNA PCR, NO HA SIDO CONTACTO ESTRECHO DE NINGÚN POSITIVO CONFIRMADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS Y CUMPLIRÁ LAS NORMAS QUE EL EQUIPO DE MONITORES Y LA ASOCIACIÓN ESTABLEZCA EN LAS ACTIVIDADES.

ZARAGOZA A.....DE.....2021

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR/A:



AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS:

CON LA FINALIDAD DE UTILIZAR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DENTRO DE LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN GUÍAS DE ARAGÓN Y LA POSIBILIDAD QUE EN ESTOS MEDIOS APAREZCAN IMÁGENES DE VUESTROS HIJOS DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN.

Y DADO EL DERECHO DE LA PROPIA IMAGEN RECONOCIDO EN EL ARTÍCULO 18 DE LA CONSTITUCIÓN REGULADO POR LA LEY 1/1982, DEL 5 DE MAYO, SOBRE EL DERECHO AL HONOR, A LA INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR Y A LA PROPIA IMAGEN Y LA LEY 15/1999, DEL 13 DE DICIEMBRE, SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

LA ASOCIACIÓN GUÍAS DE ARAGÓN PIDE EL CONSENTIMIENTO A PADRES Y TUTORES LEGALES PARA PODER PUBLICAR LAS IMÁGENES EN LAS CUALES APAREZCAN INDIVIDUALMENTE O EN GRUPO LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ASOCIACIÓN.

SI NO

FIRMA (PADRE/MADRE/TUTOR)

AUTORIZACIÓN A TRASLADOS EN VEHÍCULO

EN CASO DE NECESIDAD, COMO EVACUACIÓN, TRASLADO A CENTRO MÉDICO O TRASLADO A LUGAR DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FUERA DEL LUGAR BASE.

Si autorizo No autorizo

A que mi hijo/a sea trasladado en el vehículo de la acampada u otros vehículos de apoyo que allí se encuentren. Siempre que el conductor tenga los permisos necesarios para ello y si el vehículo cuenta con los sistemas de retención infantil apropiados para mi hijo/a. Que son: (Marcar la opción deseada)

Grupo II de 15 a 25 kg. elevador con respaldo y cinturón de seguridad del vehículo	
Grupo III de 22 a 36 kg y más de 135 cm de altura. Elevador sin respaldo y cinturón de seguridad o Cinturón de seguridad del vehículo.	
Cinturón de seguridad.	

ZARAGOZA A.....DE.....2021

(FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR)