



**GRUPO SCOUT STOAS**  
**AUTORIZACIÓN ANUAL PARA SAÍDAS E ACAMPADAS**  
**CURSO 201..-201..**

D./Dna.....con D.N.I./N.I.E.....  
pai, nai, titor ou titora legal de.....  
Nado o....., de....., de.....con D.N.I./N.I.E.....

Autorízoo para participar en todas as saídas e actividades, dun máximo de 3 noites de pechnorta, realizadas na área xeográfica de Galicia e organizadas polo Grupo Scout Stoas, pertencente á Asociación Diocesana de Escutismo de Santiago de Compostela, con CIF G-15.065.451 e domicilio en Rúa Antonio Noche López, número 7 (entreplanta), A Coruña, C.P: 15009, e a Scouts de Galicia- ECG, con CIF R 1500317A e domicilio en Rúa Altamira 2A, Santiago de Compostela, C.P: 15704.

Declaro que os datos comunicados na ficha sanitaria son certos e comprométome a comunicar e/o actualizar en todo momento as circunstancias médicas ou de índole persoal que poidan ser de interese para os educadores voluntarios do Grupo Scout Stoas.

Autorizo a que o menor de idade baixo a tutela dos responsables de dito grupo scout, ou o maior de idade en caso de imposibilidade de decidir por sí mesmo, sexa sometido aos tratamentos médicos ou quirúrxicos de urxencia que sexan necesarios co fin de preservar ou restablecer a súa saúde, a xuízo do equipo médico que no seu caso o atenda.

Así mesmo, asumo a responsabilidade das circunstancias que lle poidan acaecer e que non sexan consecuencia de neglixencia manifesta dos responsables.

En....., a.....de.....de.....

Asdo: