



Carta de liberación de responsabilidades para menores de edad

		Fecha de autorización					
		Día		Mes		Año	

Datos del menor:

Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Yo (nosotros) autorizo(amos) la participación del menor de quien se mencionan sus datos en la parte superior de este documento, para asistir como invitado a la actividad que a continuación se señala:

Nombre de la actividad:	
Ubicación:	
Vigencia:	

Así mismo declaro(amos) que es mi(nuestro) deseo que el menor participe supervisado y acompañado por: _____ en las actividades deportivas, culturales, de recreación y otras que el grupo adscrito a la asociación emprenda, por lo que hemos instruido al menor para que obedezca las indicaciones de los adultos scouts, respetando y obedeciendo los protocolos y normas que la asociación establezca, incluyendo los relativos a el traslado de los sitios de reunión a los destinos donde la asociación lleve a cabo las mencionadas actividades. Que estoy(amos) consciente(s) que algunas de las actividades que se llevan a cabo pueden ser consideradas como extremas, y que en general en toda actividad al aire libre existe algún riesgo, por mínimo que éste sea. Libero(amos) y eximo(imos) a Grupo Scout 183 Los Pirules, sus miembros y colaboradores de toda responsabilidad por las lesiones, daños y perjuicios que pudiera sufrir el menor, así como pérdidas materiales en sus pertenencias durante dichas actividades o por causa de ellas, incluidas las que pudieren ocurrir durante la transportación y en los lugares de estadía que sean designados para la concentración de los participantes.

Que en caso de algún incidente no previsto o emergencia mayor por la propia seguridad del menor y la de los demás participantes autorizo a los colaboradores y adultos scouts para tomar las decisiones y acciones que consideren necesarias en beneficio de su salud e integridad, reconociendo dichas acciones como propias, incluyendo trasladar al menor a otras ubicaciones no previstas en el programa original de la actividad, así mismo he(mos) instruido a este para que siga las indicaciones de seguridad que se le señalen.

Estoy(amos) de acuerdo en que reciba atención médica, dental o quirúrgica de emergencia, incluyendo transfusión de sangre, anestesia o cualquier otro procedimiento que sea necesario si las personas a cargo y/o el personal médico lo consideran necesario, y que seré responsable por los gastos que esta atención genere.

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma de la madre o tutor

Nota: firmar en tinta azul, anexar copia de identificación vigente y legible de los firmantes. Aviso de privacidad disponible en: <http://www.elmundo183.org>