

AUTORIZACIÓN COVID-19 GS LA FLECHA



G.S. La Flecha (mSc)
Colegio San Agustín
Avd. San Agustín 113
37005 Salamanca

Yo, D/D^a _____ con DNI/NIE _____
_____, como padre/madre/tutor-a legal de
_____ con DNI/NIE _____

☐ Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el/la scout) participe en las actividades del GRUPO SCOUT LA FLECHA, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las Medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19.

☐ Declaro que el interesado no convive con nadie que sea grupo de riesgo, o que, en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad.

☐ Me comprometo a comunicar a los responsables cualquier síntoma del scout compatible con el COVID-19, y, no acudirá a las actividades hasta comprobar su estado de salud. Así como, no asistirá si ha estado en contacto estrecho con una persona que haya dado positivo en COVID-19.

☐ Declaro que he recibido y leído el protocolo de adecuación de la actividad al COVID-19 del Grupo Scout La Flecha y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone.

☐ Declaro que soy consciente de los riesgos que implica, para él/ella y para las personas que conviven con él/ella, la participación del scout en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

Fdo.

En _____ a _____ de _____ de 2021