



## AUTORIZACIÓN CONVIVENCIA - CONFIRMACIÓN

Estimada familia.

Les informamos de la próxima convivencia que vamos a realizar con el grupo de confirmación y Neos.

- Lugar: Casa Diocesana de Torrelaguna, c/Montalbán, 25. Torrelaguna (Comunidad de Madrid)
- Fechas: 16, 17 y 18 de noviembre de 2018.
- Salida a las 17:30 h. en la parroquia y regreso estimado a las 19:00 h, en el cruce de c/ Pico de los Artilleros con c/ de la Encomienda de Palacios.

Les indicamos una lista de ropa, comida y objetos útiles para la convivencia. Es conveniente que, tanto la ropa como los objetos que lleven, estén **marcados** para evitar así posibles confusiones. **Por favor, si vuestro hijo/a precisa o debe llevar algún medicamento especial comunicádnoslo.**

- **ROPA:** Ropa de abrigo, Camisetas, Jersey o sudadera, Chubasquero, Ropa interior, Chándal, Calcetines, Pijama, Toalla (de mano), Zapatillas de deporte.
- **OBJETOS:** Medicamentos específicos, Aseo personal, **Cartilla del médico** (entregar al subir al autocar), **Saco de dormir** y funda de almohada, Linterna, Cantimplora, Rosario, Biblia.
- **COMIDA:** **Cena del viernes (bocadillo, bebida y fruta)**, Brick de leche 1L, Brick de tomate, 3 piezas de fruta.
- **TELÉFONOS de contacto en caso de extrema urgencia:** En caso de no poder comunicar enviar un **WhatsApp**. María: 672258282. Emilio: 677821712. Mauricio: 622563323 Laura : 634841813

Nombre y apellidos (hijo/a): .....

Enfermedades importantes o crónicas: .....

Alergias o intolerancias alimenticias: .....

En el caso de que su hijo/a tenga dolor de cabeza, alergias, etc., indicar que medicamentos les suelen administrar (solo se suministrarán medicamentos recetados y bajo expresa autorización de los padres o tutores):

.....

MADRE/REPRESENTANTE LEGAL:	PADRE/REPRESENTANTE LEGAL:
<b>AUTORIZA: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></b> A mi hijo/a a participar en la convivencia y a los monitores a tomar cuantas decisiones médicas sean necesarias en caso de extrema urgencia.	<b>AUTORIZA: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></b> A mi hijo/a a participar en la convivencia y a los monitores a tomar cuantas decisiones médicas sean necesarias en caso de extrema urgencia.
Fdo: _____ DNI: _____	Fdo: _____ DNI: _____
*Es obligatoria la firma de ambos padres o tutores. En caso de imposibilidad de uno de ellos se deberá firmar la Declaración Responsable de la parte trasera de esta hoja.	

## IMPRESO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/Doña \_\_\_\_\_,  
con DNI/NIE/Nº de Pasaporte \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor o  
representante legal (*táchese lo que no proceda*) de mi hijo/a:

### DECLARO:

Que el **impreso de autorización** al que se adjunta esta declaración está firmado por uno solo de los progenitores debido a:

- Familia Monoparental
- Fallecimiento del otro progenitor
- Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial
- Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor, por residencia en otro país o desconocimiento de su domicilio
- Consentimiento expreso del otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- Otras circunstancias (especificar):

Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

El padre / La madre / El tutor / El representante legal

Firma \_\_\_\_\_

DNI / NIE / Nº Pasaporte: \_\_\_\_\_