

Permiso de los padres o del tutor y autorización para dar atención médica

| | | |
|---------------------------------------|--------|--------------------------------|
| Actividad | | Fecha |
| Barrio | Estaca | |
| Participante | | Fecha de nacimiento |
| Padre, madre o tutor del participante | | Número de teléfono de la casa |
| Dirección | | Número de teléfono del trabajo |
| Ciudad | | Estado/Provincia/Departamento |

Información médica

Marque los recuadros que correspondan: Necesita régimen alimenticio especial Tiene alergias Está bajo medicamentos
 Sufre una enfermedad crónica o reiterada Una cirugía o enfermedad grave en el pasado año Tiene condiciones físicas que limitan algunas actividades

Si marcó algunas de las situaciones anteriores, sírvase explicar. Si fuera necesario, utilice el reverso de este formulario.

Doy permiso para que mi hija/hijo menor de edad participe en la actividad anteriormente mencionada y autorizo a los líderes adultos que supervisan esa actividad a brindar tratamiento de emergencia al participante cuyo nombre aparece más arriba en

caso de accidente o enfermedad, y para actuar en mi nombre para aprobar el cuidado médico necesario. Esta autorización cubre la actividad anteriormente mencionada y el viaje para ir y regresar de la actividad.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha