



SERVICIO GENERAL DE GRUPOS DE FAMILIA

AL-ANON / ALATEEN de ESPAÑA

® Ayuda para familiares y amigos de alcohólicos

www.al-anonespana.org

PERMISO DE ASISTENCIA A REUNIONES DE ALATEEN

LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DEL SIGUIENTE FORMULARIO ES NECESARIA PARA QUE UN MIEMBRO DE ALATEEN, MENOR DE EDAD, PARTICIPE EN LAS REUNIONES

PADRES O TUTORES DEL MENOR: Por favor, lean, completen y firmen este formulario. Si lo desean, soliciten una copia del mismo.

MIEMBROS DE ALATEEN: Por favor, entregad este formulario debidamente cumplimentado a vuestro padrino o madrina, o en su ausencia, al adulto acompañante en la reunión.

Importante: Es necesario que el menor acuda a la reunión con su tarjeta sanitaria.

DATOS DEL MIEMBRO DE ALATEEN (MENOR DE EDAD)
--

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL DEL MENOR
--

Nombre y apellidos: _____

Indique si es usted madre, padre o tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

DATOS DE LA REUNIÓN

Grupo: _____ Horario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

PERMISO DE ASISTENCIA AL GRUPO

Por la presente, yo _____

Autorizo a mi hijo/hija/tutelado _____

A participar en las reuniones del grupo de Alateen que figura arriba, bajo la supervisión de los padrinos o madrinas responsables del grupo en cada momento, debidamente acreditados por Grupos de Familia Al-Anon España o su área correspondiente.

Firma del autorizante:

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Como padre, madre o tutor del miembro de Alateen mencionado, me hago responsable del pago de cualquier servicio médico requerido y obtenido para dicho miembro. Además, eximo de responsabilidad a Grupos de Familia Al-Anon España y a los padrinos o madrinas responsables del grupo al que asiste, en caso de que mi hijo/hija o tutelado sufra algún daño como resultado de su participación en esta actividad o de la obtención de tratamiento médico.

Firma del autorizante:

A rellenar por la organización

DATOS DEL PADRINO O MADRINA QUE RECIBE AL MENOR

Nombre y apellidos: _____

Teléfonos (fijo o móvil): _____ DNI _____