

**OFICINA DE SERVICIOS GENERALES (O.S.G.)**

Bailén, 161, entresuelo 5ª 08037 Barcelona. España. Teléfono y fax **932 012 124**  
info@al-anonespana.org / 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 / tutor legal del menor**

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Indique si usted es Madre / Padre / Tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Provincia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

A rellenar por la organización: **Datos de la Madrina/Padrino que recibe al menor**

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Teléfono (fijo o móvil):** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_

### Datos de la reunión

Nombre del Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

### Permiso de asistencia al Grupo

Por la presente \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo / hija / tutelado \_\_\_\_\_

A participar en las reuniones del Grupo de Alateen que figura arriba, bajo la supervisión de las Madrinas/Padrinos 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 las Madrinas/Padrinos 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.