



PERMISO DE ASISTENCIA A EVENTOS DE AL-ANON/ALATEEN

**ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR COMPLETO PARA QUE EL MIEMBRO ALATEEN PUEDA PARTICIPAR**

**PADRES:** Por favor, lean, completen y firmen este formulario, pueden guardarse una copia para su archivo.

**MIEMBROS DE ALATEEN:** Por favor, entregar este formulario debidamente completado a vuestro Padrino o Madrina, adulto acompañante.

**PADRINO O MADRINA/ADULTO ACOMPAÑANTE:** Tengan el original de este formulario con ustedes durante todo el tiempo en que estén a cargo del miembro Alateen.

**ES NECESARIO LLEVAR LA TARJETA DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO ALATEEN**

Nombre y apellidos:

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfonos: (fijo y móvil) \_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRINO O MADRINA/ADULTO ACOMPAÑANTE**

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Teléfonos: (fijo y móvil) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO**

Tipo de evento: (Convivencias, Congreso, etc.)

Dirección del lugar: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Fecha, hora y lugar de partida: \_\_\_\_\_

Fecha, hora y lugar de regreso:

Medio de transporte: \_\_\_\_\_  
(En caso de ir en automóvil: marca, modelo y matrícula)

**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE, MADRE O TUTOR**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfonos: (fijo y móvil) \_\_\_\_\_

**PERMISO DEL PADRE, MADRE O TUTOR (especificar)**

Por la presente, yo \_\_\_\_\_ autorizo a mi  
(Nombre del padre, madre o tutor)  
hijo/hija/pupilo/a \_\_\_\_\_ hacer el viaje de  
(Nombre del miembro Alateen)  
ida y vuelta y a participar en \_\_\_\_\_ que tendrá  
(Tipo de evento)  
lugar del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
bajo la supervisión de \_\_\_\_\_  
(Nombre del padrino, madrina o acompañante)

**Autorizo a que dé su experiencia en la reunión abierta, en público, sin que se registre imagen fija o en movimiento ni audio de la misma: SI / NO**

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del miembro de Alateen:

En:

Fecha:

**CERTIFICACIÓN DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Como (padre, madre o tutor) \_\_\_\_\_ del miembro Alateen mencionado, me hago responsable del pago de cualquier servicio médico requerido y obtenido para dicho miembro. Además, eximo de responsabilidad al evento al que asistió mi (hijo, hija, pupilo) o representante autorizado del mismo en el caso de que mi hijo/a sufra algún daño como resultado de su participación en esta actividad o de la obtención del tratamiento médico.