ó

***Información sobre participante de excursiones***

Destino del viaje

Fecha(s) del viaje : / / - / /

Hora de la salida: :\_ Hora aproximada del regreso: :

Lugar de la partida:

Nombre del(la) participante

Nombre del padre o guardian legal:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Teléfono de la casa: ( ) - Otro teléfono: ( ) -

Aseguradora: Número de la póliza:

Médico familiar: \_Teléfono: ( )

Fecha de Nacimiento del participante: \_\_/ \_\_ /\_\_\_\_Altura: \_\_Peso: \_\_\_\_\_\_\_

 Escriba cualquier condición médica especial que le afecte al participante (asma, lentes de contacto, etc.)

 o alergias (a alimentos, medicinas, insectos, etc.)

 Escriba todas las medicinas que está tomando, incluso en inhaladores. Por favor especifique la dósis y el

 horario. Además, asegúrese de llevar sufuciente medicina para que le dure todo el viaje.

 Podría usar El Sierra Club las fotos, videos, citas, etc del (la) participante? Yes ☐ No [ ]

Como padre o acudiente del menor aquí mencionad acepto el acuerdo anterior y doy permiso para que este menor participe en la excursion. Además doy mi consentimiento para permitir que el guía del excursion o el portador de este documento preste primeros auxilios y/o busque atención médica al menor de la manera que el guía de la excursion o el portador del documento considere apropiado. Estoy al tanto de que efectuarán esfuerzos para contactarme si es necesario prestar atención médica al menor. Verificaré lleve consigo todas las medicinas que necesite durante este viaje.

***Nombre y el edad del(la) menor:***

*En Letra de molde, por favor Edad*

***Padre o acudiente:***

*En letra de molde, por favor Fecha*

***Firma del padre/acudiente o del participante del edad (18 AÑOs o mas)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_