



## ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE MÉXICO, A.C. GRUPO 10 "AZTECAS"



**Nombre de la Actividad:** Cacería en el Museo de las Ciencias  
**Responsable:** Luis Antonio Barragán Soriano  
**Fecha:** 24 de marzo de 2012  
**Horario:** 08:00 Hrs. - 17:00 hrs.  
**Costo:** \$135.00  
**Incluye:** transporte, entrada al museo, y actividades

### Actividades:

Recorrido guiado por 2 salas y función de teatro "El laboratorio del Dr. Frost"

### Requisitos:

- 1.- Pagar el costo total a más tardar antes de subirse al transporte.
- 2.- Entregar o haber entregado la solicitud de registro a la Asociación y las fichas de Datos Generales y Datos Médicos debidamente llenados y firmados
- 3.- Llevar el permiso llenado y firmado
- 4.- Llevar un lunch bien nutritivo preparado por ustedes mismos (y si pueden uno para el Scouter jajajaja es broma)
- 5.- Uniforme Completo (falda o short, playera, camisola, gorra; y para los que ya hicieron su promesa: pañoleta bien limpia, motas)

### Recomendaciones:

- Estar puntual en el local bien despiertos y desayunados
- No dejar que sus papás los acompañen por que luego hay que andarlos cuidando (a los papás)
- Si tienen, lleven bloqueador solar por que el Rey (el Sol y no Luis Miguel) ha estado muy enojado!
- Cualquier duda al correo del grupo [grupo10aztecas@gmail.com](mailto:grupo10aztecas@gmail.com)

Teléfono de contacto: 044 55 1840 6620





## ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE MÉXICO, A.C. GRUPO 10 "AZTECAS"



Ecatepec de Morelos, Edo. De Méx. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE SALIDA

Por este conducto, doy el consentimiento para que mi hijo(a):

---

Miembro de la sección :  Castores  Manada  Tropa Scout  Comunidad de Caminantes  Clan

Participe en CACERIA EN EL MUSEO DE LAS CIENCIAS "UNIVERSUM", que se realizará el (los) día(s) 24 DE MARZO DE 2012, en MUSEO DE LAS CIENCIAS "UNIVERSUM", CIUDAD UNIVERSITARIO, MÉXICO, con un costo de \$ 135.00.

Hago constar que tengo conocimiento del tipo de actividad que se realizará y de los riesgos que esta conlleva, y que **mi hijo(a), asiste sin cobertura de gastos médicos;** por lo tanto autorizo que en caso de ser necesario se le practiquen los primeros auxilios y/o se le traslade a la institución de urgencias médicas más cercana.

¿Padece algún tipo de enfermedad, Alergia o Impedimento Físico?

No  Si

¿Se le debe administrar algún tipo de medicamento?

No  Si

Especifique \_\_\_\_\_

Indique cual y su horario \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Institución de Salud y Número de Afiliación

\_\_\_\_\_  
Nombre y Teléfono de contacto para caso de Emergencia

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Autorización del Padre, Madre o Tutor