



AUTORIZACION PERIODO DE PRUEBA

Datos Familiares	
Padre/Tutor	
Apellidos	
Nombre	
Dni/Nie	
Madre/Tutor	
Apellidos	
Nombre	
Dni/Nie	

Datos Socio	
Apellidos	
Nombre	
Dni/Nie	
Edad	
Sección	

AUTORIZAMOS a nuestro hijo/a a realizar todas las actividades programadas por el Grupo Scout Edelweiss X-213 (Scouts Valencians) **durante un periodo de prueba de un mes.**

En caso de necesidad, avisar a	
Nombre	
Teléfono	

Fecha	
-------	--

Firma:		Firma:	
Nombre Padre/Tutor:		Nombre Madre/Tutor:	
DNI/NIE:		DNI/NIE:	

