



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



## Ficha de inscripción

### Datos de la persona asociada:

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

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

DNI/NIE (si lo tuviera): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ esc \_\_\_\_ piso \_\_\_\_ letra \_\_\_\_

C.P: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Móvil (si tuviera): \_\_\_\_\_ / Fijo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si tuviera) \_\_\_\_\_



### Datos de la madre, el padre o los tutores legales

Nombre y apellidos de la madre: \_\_\_\_\_

DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ / Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del padre: \_\_\_\_\_

DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ / Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### A rellenar por el grupo:

Nº de credencial 28/XXX/XXXXXXX

Sección:

Fecha de ingreso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**FICHA MEDICA RONDA SOLAR 20 /20**

ASOCIACIÓN SCOUT SANTO ÁNGEL 577

**Sección:**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
<b>GRUPO SANGUÍNEO/RH</b>		<b>EDAD</b>	
		<b>FECHA NACIMIENTO</b>	
<b>Nº SEGURIDAD SOCIAL</b>		<b>OTROS SEGUROS</b>	
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO</b>	1)	2)	3)

<b>ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA</b>									
<b>Sarampión</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<b>Rubéola</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>Varicela</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<b>Paperas</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>Otros</b>									

<b>ALERGIAS</b>			
<b>¿A qué?</b> <i>(Medicamentos, alimentos, animales, plantas, etc)</i>	- - - - -	<b>Síntomas</b>	
<b>Tratamiento</b> <i>(Nombre del medicamento y posología)</i>		<b>Observaciones</b>	



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



**ENFERMEDADES DE INTERÉS** (*asma, diabetes, etc.*)

**¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?**

**Descripción de los síntomas**

**Tratamiento** (*nombre del medicamento y posología*)

**NECESIDADES EDUCATIVAS O DISCAPACIDAD**

**ASPECTOS A RESEÑAR SOBRE SU PERSONALIDAD**



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



### TRATAMIENTOS MÉDICOS

¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente)

### MEDICACIÓN

¿Se medica regularmente?

SI

NO

¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?

SI

NO

**TRATAMIENTO** (nombre del medicamento y posología)

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS** (Tipo y fecha)

**EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES...** (Nombre y fecha aproximada)



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

www.gs577.exploradoresdemadrid.org



**OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES**

*Como por ejemplo: Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor, etc..*

**Descripción de los síntomas**

**Tratamiento (nombre del medicamento y posología)**

No oculto información médica relevante de mi hijo/a al Grupo Scout Santo Ángel 577

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ entrego los siguientes documentos:

**Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar**

**Copia Cartilla Vacunación**

**Otros informes o documentos \_\_\_\_\_**

En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20

Firma madre/padre o tutor/a

*De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que todos los datos facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del GS Santo Angel 577 para gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo. Como tutor/a legal, tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten a la citada ley, mediante escrito a la siguiente dirección: (dirección postal del grupo) o mediante correo electrónico firmado a (email del grupo).*



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



## AUTORIZACIÓN CESIÓN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

### A ASDE EXPLORADORES DE MADRID

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ madre/padre/tutor/a legal de \_\_\_\_\_ autorizo al GS Santo Ángel 577 a ceder a ASDE Exploradores de Madrid, como organización directamente relacionada con el GS Santo Ángel 577 y a otros órganos de la Administración Pública en el caso de que así fueran requeridos, los siguientes datos de carácter personal de mi hijo/a:

- Nombre y apellidos:
- DNI/NIE:
- Fecha de nacimiento:
- Dirección Postal:
- Teléfono:

De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que todos los datos facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del GS 577 para gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo. Como tutor/a legal, tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten a la citada ley, mediante escrito a la siguiente dirección: Lago Calafate, 3 local, o mediante correo electrónico firmado a [scout577@gmail.com](mailto:scout577@gmail.com)

Por lo que respecta a los datos cedidos a ASDE Exploradores de Madrid, se le informa de que serán incorporados a sus ficheros para poder gestionar la membresía a dicha organización. Como tutor/a legal, le asisten los mismos derechos que en el caso anterior y podrá ejercitarlos mediante escrito o mediante correo electrónico a través del Grupo Scout Santo Ángel 577.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20

Firma madre/padre o tutor/a



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



### AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES

Ronda Solar 20\_\_ / 20\_\_

#### Sección:

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		
<b>DNI/NIE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO CONTACTO:</b>		
<b>TELÉFONO 1:</b>	<b>TELÉFONO 2:</b>	<b>TELÉFONO 3:</b>

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ madre/padre/tutor/a legal de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout Santo Ángel 577 hago constar:

Autorizo que asista a todas las actividades (incluidas acampadas y excursiones) que organiza el Grupo Scout Santo Ángel 577 durante la Ronda 20\_\_ /20\_\_.

Autorizo que sea sometido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda a fin de preservar o restablecer su salud, ya poder suministrarle el medicamento que le ha facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado.

Autorizo al equipo de scouters (monitores/as) del Grupo Scout Santo Ángel 577 para que pueda trasladarle/a en vehículo privado en aquellos casos en que el equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



## **AUTORIZACIÓN DEL USO DE LA IMAGEN DE LOS NIÑOS/AS**

*DEL SCOUT SANTO ÁNGEL 577 PARA EDM Y ASDE*

El grupo scout Santo Ángel 577 garantiza que ha solicitado, y cuenta, con las autorizaciones necesarias de las familias y/o personas asociadas para ceder imágenes de sus educandos a ASDE Exploradores de Madrid y a ASDE Scouts de España.

El grupo scout Santo Ángel 577 garantiza que, en cumplimiento de la LOPD, tiene autorización de la cesión de datos a ASDE Exploradores de Madrid.

Yo, \_\_\_\_\_, coordinador/a del grupo scout Santo Ángel 577 autorizo a ASDE Exploradores de Madrid a incluir los siguientes datos personales de contacto:

Nombre y apellidos

Correo electrónico: scout577@gmail.com

Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

en el Directorio de ASDE Exploradores de Madrid de la ronda 2014-2015 que será compartido con todos los coordinadores/as de grupo y miembros de los equipos con el objetivo de facilitar la comunicación entre grupos y voluntarios/as.

El grupo scout Santo Ángel 577 facilita a ASDE Exploradores de Madrid los siguientes datos de contacto a efectos de publicarlos en su página web y/o facilitarlos por correo electrónico o telefónicamente a terceros:

Correo electrónico: scout577@gmail.com

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección Postal Grupo: calle Lago Calafate, 2 local 28018 Madrid.

En Madrid a 11 de octubre 2014

Firma persona de contacto y sello del grupo





Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

www.gs577.exploradoresdemadrid.org



### AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Ronda Solar 2014 / 2015

En las actividades del GS Santo Ángel 577 no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_, como madre/padre o tutor/a legal de \_\_\_\_\_ de la sección \_\_\_\_\_

**SOLICITO Y AUTORIZO** al equipo de monitores/as del GS Santo Ángel 577 para que administren la medicación siguiente:

Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario.

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros:

- Apiretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:
- Paracetamol comprimidos. Dosis:
- Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:
- Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautaada por su médico:

Medicamento:  la siguiente dosis:

Medicamento:  la siguiente dosis:

(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o NO queréis que le sean administrados? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

**ME HAGO RESPONSABLE** en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmo la presente autorización.

En Madrid a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,20

Firmado



Santo Ángel 577

c/ Lago Calafate, 2 local  
28018 Madrid

Tel: (+34) 690.348.519  
scout577@gmail.com

[www.gs577.exploradoresdemadrid.org](http://www.gs577.exploradoresdemadrid.org)



## DOCUMENTACIÓN

La documentación necesaria para que cada menor pueda asistir a las reuniones, salidas, excursiones y campamentos que el Grupo Scout Santo Ángel 577 realiza son las siguientes:

### **Documentos para rellenar:**

- Ficha de inscripción
- Autorización Anual (Autorización para participar en las actividades)
- Ficha Médica
- Autorización de administración de medicamentos
- Autorización del uso de imágenes para el grupo
- Autorización del uso de imágenes para ASDE Exploradores de Madrid

### **Otros documentos:**

- Fotografía tamaño DNI
- Fotocopia del DNI (si es mayor de 14 años)
- Fotocopia del DNI del padre/madre/tutor legal
- Fotocopia de la tarjeta de la seguridad social (o privada)
- Fotocopia del libro de vacunación
- En caso de seguir algún tratamiento, fotocopia del informe

Muchos de estos documentos tienen fecha de caducidad o son renovados, por favor ponedlos en contacto con los monitores de vuestra sección para saber si todo está en regla.