



Plaza de la Mancha, 9
02001 Albacete
www.gscalasanz.org

FOTO

GRUPO SCOUT CALASANZ DE ALBACETE

FICHA DE INSCRIPCION

DATOS PERSONALES

MANADA: Khanhiwara Impeesa Browseea
 Seeonee Mafeking Kimberley

TROPA: UNIDAD: C.RUTA: Polaris

NOMBRE			
APELLIDOS			
DIRECCIÓN			
CODIGO POSTAL		CIUDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
TELEFONO FIJO		TELEFONO MOVIL	
Nº HERMANOS EN EL GRUPO (indicar sección)			
e-mail Padre/Madre			

AUTORIZACIÓN DE SALIDAS (dentro de la ciudad)

D. / Dña. con D.N.I.
autorizo a mi hijo/a..... a realizar las salidas que durante la ronda solar 20... -20... , estén previstas por el Grupo Scout Calasanz de Albacete.

En Albacete, a de de 20....

Fdo.

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos recogidos en su Ficha serán incorporados a un fichero informatizado, cuya finalidad es la gestión integral de los asociados, incluyendo el cobro de las cuotas correspondientes. Y cedidos en aquellos casos en que sea necesaria la conexión con un tercero para el desarrollo de la relación del Grupo Scout con sus asociados.

De igual manera, usted autoriza a que sus datos puedan ser utilizados para enviarle información por vía postal o comunicaciones vía electrónica sobre actividades, cursos, eventos, jornadas o cualesquiera otras informaciones referentes al Grupo Scout que pudieran ser de su interés. El Grupo Scout como responsable como del fichero le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Plaza de Mancha nº 9 de Albacete.



Ficha Sanitaria Personal

GRUPO SCOUT CALASANZ



Referencias Personales:

Nombre y Apellidos del Scout: _____
 Domicilio de los familiares: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Móvil Padre / Madre: _____ / _____
 Teléfono casa: _____ Telf. trabajo Padre/ Madre _____ / _____

Urgencias. Esta ficha es utilizada para la asistencia médica, ya sea por accidente o enfermedad. Rogamos cumplimente los datos con el mayor detalle posible. **Documentos.** Junto con esta ficha se deberá entregar copia de la tarjeta sanitaria del Scout, válida en territorio nacional, o documento asistencial equivalente. La hoja de vacunaciones es opcional. **Confidencialidad.** Los datos indicados en esta ficha serán utilizados exclusivamente para asistir al Scout y sólo durante la estancia con el Grupo Scout. Los datos médicos no serán registrados en ningún fichero. **Admisión.** Al firmar esta ficha, los familiares confirman que en esta fecha, el Scout se encuentra en condiciones óptimas de salud para participar en cualquiera de las actividades programadas inscritas.

Documentación entregada:

Tarjeta sanitaria Tarjeta asistencia privada

Información médica actual:

¿Debe administrarse medicación durante Ronda/Actividad ..? (en caso afirmativo, indicar nombre y dosificación) Sí No

¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (indicar tipo y tratamiento a seguir y si debe ser visitado por facultativo) Sí No

¿Padece algún tipo de alergia? (indicar tipo y tratamiento a seguir) Sí No

¿Debe seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante el curso? (celíacos...) Sí No

Intolerancia a medicamentos o componentes Sí No

Intolerancia a alimentos Sí No

Autorizo a suministrar medicamentos, en caso necesario, compuestos de paracetamol e/o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad y tolerancia (jarabe y/o comprimidos) Ej. Dalsy, Apiretal. Sí No

¿Padece algún tipo de dificultad (de lenguaje, de vista, dislexia...)? Sí No

¿Requiere atención nocturna especial (insomnio, enuresis, sonámbulo...)? Sí No

¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente, o debido a su carácter? Sí No

Otras observaciones. Cuidados o precauciones sobre su salud y seguridad, costumbres... Sí No

Restricciones:(Actividades que NO puede realizar por motivo de salud) Sí No

Firma: En caso de necesidad o extrema urgencia autorizo al responsable del Campamento/Grupo Scout, a tomar las decisiones médico - quirúrgicas, bajo la dirección facultativa pertinente.

Fecha: _____

DNI : _____

Fdo Tutor/a:

**PEGAR COPIA
 TARJETA SANITARIA
 (solo cara principal)**

Utilizar el dorso para más aclaraciones y comentarios de interés