

FICHA DE INSCRIPCIÓN

FOTO

GRUPO SCOUT

PLANETA 654

Datos Personales de la persona asociada

Nombre		Apellidos	
Fecha de Nacimiento		DNI/NIE	
Domicilio	<i>Calle, piso, esc. y letra</i>		
C. P		Localidad	Provincia
Teléfonos			
Email			

Datos de la madre, el padre o los tutores legales

Nombre y apellidos de la madre:			
DNI/NIE		Email	
Teléfonos			

Nombre y apellidos del padre:			
DNI/NIE		Email	
Teléfonos			

A rellenar por el Grupo Scout

Nº de Credencial			
Sección			
Fecha de ingreso			

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la ficha de inscripción.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a legal

RESPONSABLE: Grupo Scout _Planeta_ | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Grupo Scout _____ Planeta __, ASDE Exploradores de Madrid y Federación de Scouts-Exploradores de España (ASDE) administraciones públicas en casos de imperativo legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: ([Página web GS o donde el GS disponga](#)).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

Autorización para participar en las actividades

RONDA SOLAR

2019/2020

Datos Personales del Educando/a

Nombre		Apellidos	
DNI/NIE		Fecha de Nacimiento	
Sección		Email	
Teléfonos			

Yo, _____ con DNI/NIE _____ madre/padre/tutor/a legal de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout Planeta hago constar:

- Autorizo que asista a todas las actividades (incluidas acampadas y excursiones) que organiza el Grupo Scout Planeta durante la Ronda 2019/2020
- 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, y a poder suministrarle el medicamento que se le prescriba para el cumplimiento del tratamiento señalado.
- Autorizo al equipo de scouters (monitores/as) del Grupo Scout Planeta para que pueda trasladarle/a en vehículo privado en aquellos casos en que el Equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para participar en las actividades del Grupo Scout Planeta

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a legal

RESPONSABLE: Grupo Scout ___ Planeta _ | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: [\(Página web GS o donde el GS disponga\)](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

Autorización de Administración de Medicamentos

RONDA SOLAR

2019/2020

En las actividades del GS Planeta 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 por indicación y con autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo, _____ con DNI/NIE _____ como madre/padre/tutor/a legal de _____ de la sección _____, SOLICITO Y AUTORIZO al Equipo de Monitores/as del GS Planeta para que administren la medicación siguiente:

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

MEDICAMENTO	DOSIS
<input type="checkbox"/> Apiretal 100ml/mg (paracetamol)	
<input type="checkbox"/> Paracetamol comprimidos	
<input type="checkbox"/> Dalsy 40ml/mg o Junifen 40 ml/mg (Ibuprofeno)	
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno comprimidos	

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

MEDICAMENTO	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?

SÍ

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.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para administrar medicamentos.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a

RESPONSABLE: Grupo Scout Planeta | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Solo se cederán datos a personal sanitario, en caso de urgencia. **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: ([Página web GS o donde el GS disponga](#)).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

FICHA MÉDICA

GRUPO SCOUT

PLANETA 654

FOTO

RONDA SOLAR

2019/2020

Datos Personales de la persona asociada

Sección			
Nombre		Apellidos	
Fecha de Nacimiento		Edad	
Grupo Sanguíneo/RH			
Nº Seguridad Social		Otro Seguros	
Teléfonos	1.	2.	3.

Enfermedades propias de la Infancia

Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros					

Alergias

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

Enfermedades de interés (asma, diabetes, ect.)

¿Padece alguna enfermedad?
¿Cuál?

Descripción de los síntomas

Tratamiento

(Nombre del medicamento y posología)

Necesidades educativas o discapacidad

Aspectos a reseñar sobre su personalidad

TRATAMIENTOS MÉDICOS

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

Medicación

¿Se medica regularmente?

Sí

No

¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?

Sí

No

Tratamiento

Nombre del medicamento y posología

Intervenciones quirúrgicas

Tipo y fecha

En los últimos meses ha padecido las siguiente enfermedades

Nombre y fecha aproximada

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 Planeta _.

Yo, _____ con DNI/NIE _____ entrego los siguientes documentos:

Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar

Copia Cartilla Vacunación

Otros informes o documentos _____.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la ficha médica.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre/tutor/a legal

RESPONSABLE: Grupo Scout Planeta + datos de contacto | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Solo se cederán datos a personal sanitario, en caso de urgencia. **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: [\(Página web GS o donde el GS disponga\)](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

AUTORIZACIÓN DEL USO DE IMÁGENES

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido por el artículo 18.1 de la Constitución y está regulado por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la garantía de los derechos digitales. ASDE Exploradores de Madrid solicita vuestro consentimiento para poder publicar vuestras imágenes, bien sea de manera individual o en grupo y que con carácter pedagógico se realicen en el desarrollo de cualquiera de las actividades del mismo.

Datos Personales

Nombre y apellidos

Año de nacimiento

Yo, _____ con DNI/NIE _____ mayor de 16 años, hago constar que:

Autorizo para que mi imagen pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Planeta, ASDE Exploradores de Madrid y ASDE Scouts de España y publicadas en:

- Páginas Web y Redes Sociales de carácter educativo y divulgativo.
- Videos y fotografías destinadas a difusión educativa no comercial.

No Autorizo para que mi imagen pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Planeta, ASDE Exploradores de Madrid y ASDE Scouts de España.

En _____, a _____ de _____

Firma

RESPONSABLE: Grupo Scout Planeta | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: [\[Página web GS o donde el GS disponga\]](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

AUTORIZACIÓN DEL USO DE IMÁGENES

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido por el artículo 18.1 de la Constitución y está regulado por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la garantía de los derechos digitales. ASDE Exploradores de Madrid solicita vuestro consentimiento para poder publicar vuestras imágenes, bien sea de manera individual o en grupo y que con carácter pedagógico se realicen en el desarrollo de cualquiera de las actividades del mismo.

Datos Personales

Nombre y apellidos			
Año de nacimiento		Sección	

Yo, _____ con DNI/NIE _____ madre/padre/tutor/a legal de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout Planeta hago constar:

Autorizo para que la imagen de la persona menor de edad pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Planeta, ASDE Exploradores de Madrid y ASDE Scouts de España y publicadas en:

- Páginas Web y Redes Sociales de carácter educativo y divulgativo.
- Videos y fotografías destinadas a difusión educativa no comercial.

No Autorizo para que la imagen de la persona menor de edad pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Planeta, ASDE Exploradores de Madrid y ASDE Scouts de España.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a

RESPONSABLE: Grupo Scout _ Planeta | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: [\(Página web GS o donde el GS disponga\)](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

Autorización para cargar en cuenta recibos domiciliados

Por la presente les comunico que hasta nueva orden, y partir de la fecha, doy mi conformidad para que sean cargados *mensuales* en concepto *cuotas y campamentos* los recibos emitidos por *Grupo Scout Planeta* en la cuenta a continuación indicada:

DATOS DE CUENTA DE CARGO:																				
Nombre del/la Titular																				
NIF/NIE																				
IBAN:																				
CÓDIGO PAÍS	DIGITO CONTROL IBAN	ENTIDAD				OFICINA				DIGITO CONTROL				NÚMERO DE CUENTA						

En _____, a _____ de _____

Firma del/la Titular

Cortar por la línea

(Copia para la entidad bancaria)

Autorización para cargar recibos domiciliados

Nombre del/la Titular																				
NIF/NIE																				
IBAN:																				
CÓDIGO PAÍS	DIGITO CONTROL IBAN	ENTIDAD				OFICINA				DIGITO CONTROL				NÚMERO DE CUENTA						

Correspondiente al/la scout:																			
Sección:																			

En _____, a _____ de _____

Firma del/la Titular

RESPONSABLE: Grupo Scout_ Planeta | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Grupo Scout __ Planeta __, Entidad Bancaria | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: ([Página web GS](#) o donde el GS disponga).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

Autorización Cesión Datos Carácter Personal

RONDA SOLAR

2019/2020

Yo, _____ con DNI/NIE _____ como madre/padre/tutor/a legal de _____ autorizo al GS Planeta a ceder a ASDE Exploradores de Madrid, a la Federación de Scouts-Exploradores de España (ASDE) 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, tutelado/a:

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

Asimismo, autorizo a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.

No autorizo a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para la cesión de datos de carácter personal.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a legal

RESPONSABLE: Grupo Scout Planeta | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Grupo Scout Planeta, ASDE Exploradores de Madrid y Federación de Scouts-Exploradores de España (ASDE) administraciones públicas en casos de imperativo legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en [\(Página web GS o donde el GS disponga\)](#).

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.