



Formulario de Autorización Familiar

1. Datos personales del socio

DNI	Nombre	Apellidos	F. Nacimiento
Dirección		Población	Provincia
C.P.	Teléfono	Móvil	Correo electrónico

2. Datos de padres o tutores legales

DNI / Pasaporte / P. Residencia	Nombre	Apellidos	
Dirección		Población	Provincia
C.P.	Teléfono	Móvil	Correo electrónico
Profesión			

DNI / Pasaporte / P. Residencia	Nombre	Apellidos	
Dirección		Población	Provincia
C.P.	Teléfono	Móvil	Correo electrónico
Profesión			

3. Autorización

Como padres y/o tutores legales del menor de edad, miembro de la **Asociación Juvenil Scout Proel 334 (ASDE - Exploradores de Madrid)**, autorizamos a que asista a todas las actividades que el mencionado grupo organice durante el año:

No hacemos responsables a los monitores de los actos que por desobediencia o mal comportamiento realice nuestro hijo. Así mismo delegamos en los responsables la capacidad de tomar decisiones sobre tratamiento médico o intervención quirúrgica, siempre que sea necesario y urgente para el bienestar y salud de nuestro hijo, y tal decisión no nos pueda ser consultada.



Autorizo al equipo de monitores para que pueda trasladarle/a en vehículo privado en aquellos casos en que el equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

_____, a ____ de _____ de 20__

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos



ASOCIACIÓN JUVENIL SCOUT PROEL 334
ASDE – Exploradores de Madrid
Andorra, 15. Madrid 28043
www.proel334.net / buzon@proel334.net



AUTORIZACIÓN DEL USO DE LA IMAGEN DE LOS NIÑOS/AS DEL GRUPO SCOUT PROEL 334

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 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. El grupo scout os solicita vuestro consentimiento para poder publicar las imágenes del niño/a en las cuales aparezca, 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.

Yo, _____ con DNI/NIE _____ como padre/madre o tutor/a del niño/a _____

- Autorizo al Grupo Scout Proel 334
- No autorizo al Grupo Scout Proel 334

Para que la imagen del/la menor pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el grupo scout y publicadas en:

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

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a legal

AUTORIZACIÓN CESIÓN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL A ASDE EXPLORADORES DE MADRID

Yo, _____ con DNI _____ madre/padre/tutor/a legal de _____ autorizo al GS Proel 334 a ceder a ASDE Exploradores de Madrid, como organización directamente relacionada con el GS Proel 334 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 Proel 334 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: Calle Andorra 15, 28043 MADRID o mediante correo electrónico firmado a buzon@proel334.net.

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 Proel 334.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a



Ficha Médica

1. Datos personales

Nombre y Apellidos			
Grupo Sanguíneo/Rh		Edad	
		Fecha Nacimiento	
Nº Seguridad Social		Otros Seguros	
Teléfonos De Contacto	1)	2)	3)

2. Enfermedades

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

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



ENFERMEDADES DE INTERÉS (asma, diabetes, etc.)
¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?
Descripción de los síntomas
Tratamiento (nombre del medicamento y posología)

3. Otros datos

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?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se responsabiliza de su administración?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO (nombre del medicamento y posología)		



ASOCIACIÓN JUVENIL SCOUT PROEL 334
ASDE – Exploradores de Madrid
Andorra, 15. Madrid 28043
www.proel334.net / buzon@proel334.net



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Tipo y fecha)

EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES 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 Proel 334

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

- Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar
- Copia Cartilla Vacunación
- Otros informes o documentos _____

En _____, a _____

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 Proel 334 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