



## 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](mailto: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?<br>(Medicamentos, alimentos,<br>animales, plantas, etc) | -<br>-<br>-<br>-<br>- | Síntomas      |  |
| Tratamiento<br>(Nombre del medicamento y<br>posología)          |                       | Observaciones |  |



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

### 3. Otros datos

|   |
|---|
| <b>NECESIDADES EDUCATIVAS O DISCAPACIDAD</b>    |
|   |
| <b>ASPECTOS A RESEÑAR SOBRE SU PERSONALIDAD</b> |
|   |

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>TRATAMIENTOS MÉDICOS</b>   |                             |                             |
| ¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente) |                             |                             |
| <b>MEDICACIÓN</b>   |                             |                             |
| ¿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



|  |
|--|
| <b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Tipo y fecha)</b> |
|  |

|  |
|--|
| <b>EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES... (Nombre y fecha aproximada)</b> |
|  |

|   |
|---|
| <b>OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES</b>  |
| 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*