



## 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 la ronda solar:

No hacemos responsables a los monitores de los actos que por desobediencia o mal comportamiento realice nuestro hijo. Asimismo, 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 le ha facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado.

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, \_\_\_\_\_ incorporados 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. Por lo que respecta a los datos cedidos a ASDE (Federación de Exploradores - Scouts de España), se le informa de que serán al fichero "Scouts" para poder gestionar la membresía a dicha organización. Como tutor/a legal, le asisten los mismos derechos que en los casos anteriores 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

<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"/>

<b>TRATAMIENTO (nombre del medicamento y posología)</b>

<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

### **Autorización de administración de medicamentos**

En las actividades del GS Proel 334 no se 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:

SOLICITO Y AUTORIZO al equipo de monitores/as del GS Proel 334 para que administren la medicación siguiente:

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

#### **1. En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros**

Aipretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:

Paracetamol comprimidos. Dosis:

Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:

Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

#### **2. 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)



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



¿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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firmado

*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: C/ Andorra 15 (bajo) o mediante correo electrónico firmado a [buzon@proel334.net](mailto:buzon@proel334.net)*