



Autorización Campamento “Sellaño 2017”

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 su asistencia al Campamento de Verano 2017 (del 16 al 30 de julio de 2017) organizado por la misma.

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 2017

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos



Ficha Médica Campamento 2017

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)		
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

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

- Apiretal 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 pautada 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