



SCOUTS
Construir un Mundo Mejor

ASDE
Scouts de Extremadura

gs402@asdeex.org

asdeex.org/gs402

Grupo Scout La Granada

CAMPAMENTO DE VERANO 2016 CAZALLA DE LA SIERRA (SEVILLA)

D./D^a _____ con DNI/Pasaporte nº _____, domicilio a efecto de notificaciones en _____ de la localidad de y teléfono _____ (fijo) _____ (móvil).

1º Autorizo a mi hijo/a _____, a participar en la actividad CAMPAMENTO DE VERANO 2016 organizado por el Grupo Scout 402 La Granada y a desarrollar en la localidad de Cazalla de la Sierra (Sevilla) desde el día 5 al 10 de Julio de 2016.

2º La autorización implica la aceptación de la Convocatoria de esta actividad, así como la obligatoriedad de su cumplimiento por parte del menor de edad autorizado, eximiendo al Grupo Scout 402 La Granada de toda responsabilidad ante cualquier situación dañosa y perjudicial que pudiera producirse, en el caso de no atenerse al cumplimiento de la misma.

3º A su vez, el contenido de la autorización comprende incluir la imagen del menor autorizado en los archivos del citado Grupo y a reproducir, cuantas veces sea necesario, su imagen en distintos tipos de soporte gráfico con el propósito de difundir gratuitamente las actividades e iniciativas de esta Asociación

En caso contrario, indíquelo marcando una "X" en la siguiente casilla

El Padre/Madre/Tutor/a

Fdo: _____

Así mismo hago constar las necesidades médicas y cuidados especiales de mi hijo/a en la ficha al dorso.



Grupo Scout La Granada

1 DATOS DEL ASOCIADO			
APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	FECHA NAC.	EDAD	SECCIÓN
NOMBRE PADRE/TUTOR		NOMBRE MADRE/TUTORA	
2 ANTECEDENTES SANITARIOS			
SEGURO MÉDICO		Nº DE TARJETA SANITARIA / POLIZA	
SEGURIDAD SOCIAL		SEGURO MEDICO PRIVADO	
		COMPAÑÍA _____	
RECOMENDABLE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL O AL SEGURO MÉDICO			
ENFERMEDADES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		¿CUAL?	
SI NO			
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?		¿CUAL?	
SI NO			
¿ESTÁ OPERADO?		¿DE QUÉ?	
SI NO			
ALERGIAS Y DIETAS ESPECIALES			
¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?		¿CUAL?	
SI NO			
¿PRESENTA OTRAS ALERGIAS?		¿A QUÉ?	
SI NO			
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL?		¿CUAL?	
SI NO			
MEDICAMENTOS			
En el caso de que se esté medicando, los padres nos proporcionarán el medicamento detallando en el envase dosis y nombre y apellidos del niño			
¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO	¿CUAL?	DOSIS / PAUTA	
	¿CUAL?	DOSIS / PAUTA	
	¿CUAL?	DOSIS / PAUTA	
	¿CUAL?	DOSIS / PAUTA	
¿QUÉ DEBERÍA TOMAR EN CASO DE MALESTAR GENERAL?			
3 DECLARO			
DECLARO			
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.			
FIRMA:			
NOMBRE	DNI:	PADRE MADRE TUTOR/A	
_____	_____		
En _____ a ____ de _____ de 20____			
Los datos recogidos en esta ficha, serán tratados de forma confidencial, utilizándose únicamente como información sanitaria en caso de necesidad.			