



Cumplimente el siguiente formulario rellenando las casillas de todos los apartados con letra clara y en mayúscula. Junto con la ficha médica deberá adjuntar una fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social o del seguro médico correspondiente y otra del documento nacional de identidad del padre, madre o tutor que firme la ficha médica y del participante en caso de que disponga de dicho documento.

### FICHA PERSONAL

#### DATOS DEL ASOCIADO:

1er Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2º Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI/NIE/PASS: \_\_\_\_\_

Tlf. Móvil: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

Tlf. Fijo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_



#### DATOS PARENTALES

##### MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL 1.

1er Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2º Apellido: \_\_\_\_\_ DNI/NIE/PASS: \_\_\_\_\_

Tlf. Fijo: \_\_\_\_\_ Tlf. Móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

##### MADRE/PADRE/ TUTOR LEGAL 2.

1er Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2º Apellido: \_\_\_\_\_ DNI/NIE/PASS: \_\_\_\_\_

Tlf. Fijo: \_\_\_\_\_ Tlf. Móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

##### En caso de no localizar a los anteriores, hablar con:

1er Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2º Apellido: \_\_\_\_\_ DNI/NIE/PASS: \_\_\_\_\_

Tlf. Fijo: \_\_\_\_\_ Tlf. Móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Parentesco o relación con el/la asociado/a:

\_\_\_\_\_



## FICHA DE DATOS MÉDICO SANITARIOS

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Nº S. SOCIAL: \_\_\_\_\_

PÓLIZA PRIVADA (en su caso): \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS:

A ALIMENTOS: \_\_\_\_\_

A MEDICAMENTOS : \_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS (ANIMALES, POLEN...): \_\_\_\_\_

VACUNACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PADECIDAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS VISUALES: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS AUDITIVOS: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS RESPIRATORIOS, PROBLEMAS MOTRICES: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROBLEMAS INTESTINALES, URINARIOS, OTROS): \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN CONTINUADA: NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y PAUTA DE LA MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN OCASIONAL: NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y PAUTA DE LA MEDICACIÓN \_\_\_\_\_

OTROS DATOS: SONAMBULISMO: \_\_\_\_\_ INCONTINENCIAS: \_\_\_\_\_ FOBIAS: \_\_\_\_\_

DIETA ESPECIAL: \_\_\_\_\_

OTRAS OBSERVACIONES:

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

### DECLARO

a) Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas (reuniones semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades. b) Que informaré al equipo de responsables de cualquier variación en los mismos.

FIRMA DE LOS PADRES/ TUTORES

Fdo. \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA LA TOMA DE DATOS

MADRID, en fecha .....

ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM, y en su nombre el Grupo Eslabón es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

**Fines del tratamiento:** Por interés legítimo del responsable: mantener una relación social. Por consentimiento del interesado: el envío de comunicaciones de productos o servicios.

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

**Derechos que asisten al Interesado:**

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:**

ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM. AVENIDA DE ESPAÑA, 2 3º B - 28342 VALDEMORO (Madrid). Email: [presidente.asim@gmail.com](mailto:presidente.asim@gmail.com)

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre.....con NIF.....

Representante legal de....., con NIF .....

Firma:



## CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA EL TRATAMIENTO DE IMÁGENES

MADRID, a .....

ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM, y en su nombre el Grupo Eslabón es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR), la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), y la Ley(ES) 1/1982 de protección civil, derecho al honor, intimidad personal y familiar y a la propia imagen, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

**Fin del tratamiento:** grabación de imágenes y vídeos de las actividades llevadas a cabo por el Responsable del tratamiento para dar publicidad de las mismas en los medios de comunicación, con el consentimiento del Interesado. En ningún caso se publicará el nombre del Interesado.

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** El Interesado puede autorizar o no el tratamiento señalando con una "x" en la casilla correspondiente de SI (doy el consentimiento) o NO (no doy el consentimiento) para las siguientes categorías de destinatarios:

SÍ	NO	AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR LOS DATOS.
		Publicación en medios de comunicación propios del Responsable.
		Publicación en medios de comunicación externos al Responsable.



**Derechos que asisten al Interesado:**

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

**Datos de contacto para ejercer sus derechos:** ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM. AVENIDA DE ESPAÑA, 2 3º B - 28342 VALDEMORO (Madrid). Email: [presidente.asim@gmail.com](mailto:presidente.asim@gmail.com) Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre ....., con NIF .....

Representante legal de ....., con NIF .....

Firma:



## AUTORIZACIÓN RONDA

Yo, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_,  
actuando en condición de \_\_\_\_\_  
(padre/madre/tutor) del menor \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI nº \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_, AUTORIZO a El

**ESLABÓN**, perteneciente a la Asociación de Scouts Independientes de Madrid, a que se lleven a mi hijo/a, a los campamentos, acampadas, salidas, actividades ... fuera del local que se realicen a lo largo del curso.

De igual modo, autorizo a mi hijo/a, durante esta ronda solar, a la realización de actividades que se puedan llevar a cabo como el grupo asociativo al que pertenece el Grupo Eslabón, es decir, todas aquellas actividades que realice la Asociación de Scouts Independientes de Madrid (ASIM).

Autorizo, además, a mi hijo/a, a participar en las actividades que se lleven a cabo en el local del Grupo.

Asimismo, me responsabilizo de todos y cada uno de los daños y perjuicios que el autorizado pueda causar a terceras personas y/o así mismo durante su participación en las actividades, ya sea por accidente, negligencia o por ignorar la normativa e indicaciones de los monitores; y acepto todas las responsabilidades que puedan derivarse de esta participación y renunciando a cualquier reclamación por daños y perjuicios que pueda causar el autorizado/a.

Certifico que estoy al corriente de toda la información relacionada con las actividades como de la normativa de la Asociación o del Grupo Scout al que pertenezco y de las actividades específicas, aceptando dichas normas y asumiendo la responsabilidad derivada de su incumplimiento.

El Presidente de la asociación y Jefe de Grupo al que pertenezca mi hijo/a es el máximo responsable del mismo, por lo que autorizo que, en mi nombre, ejerza con mi hijo/a dicha responsabilidad, avalándole en sus decisiones y confiando en su preparación.

Soy consciente de que mi hijo/a esta asegurado con una póliza de un seguro de responsabilidad civil y otro de accidentes, en caso de que un siniestro superase la cobertura los gastos correrán por mi cuenta.

Eximo de responsabilidad a los monitores de la asociación por la pérdida, durante la actividad, de bienes materiales que mi hijo pudiera extraviar.

Fdo: \_\_\_\_\_

Madrid, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_.



## AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTO A UN EDUCANDO

Don/Doña..... con D.N.I.....

Padre/madre/tutor/a del alumno/a..... del Grupo Scout Eslabón.

Expongo que el alumno/a anteriormente citado padece:

.....  
.....

por lo que **AUTORIZO** al monitor/a de mi hijo/a a dar la siguiente medicación y con las siguientes dosis:

.....  
.....

Asumiendo, con esta solicitud, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y eximiendo de responsabilidades al centro.

Madrid, a .....de.....del 20....

Firma del padre/madre/tutor/a legal.



## DOMICILIACIÓN BANCARIA. RONDA 2019/2020

D./Dña.

con D.N.I.  y domicilio en

Calle  Avenida  Plaza  Número Escalera Piso Puerta  
       
Código postal Municipio Provincia

Muy Sr./Sra. mío,

Le ruego que a partir del próximo mes de noviembre del año en curso tenga por bien domiciliarme en la cuenta a nombre de  abajo referenciada, cuantos recibos vengan expedidos por la Asociación Grupo Scout Eslabón.

Entidad bancaria

Calle  Avenida  Plaza  Número Escalera Piso Puerta  
       
Código postal Municipio Provincia  
    
IBAN Entidad Oficina D.C. Número de cuenta Código BIC/SWIFT

Nombre del niño/a

Unidad  Colonia  Manada  Tropa  Clan

Agradeciéndole la atención prestada, reciba un cordial saludo. Muy atentamente,

Firma \_\_\_\_\_

Día Mes Año  
Pozuelo de Alarcón, a  de  de 20