



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.

Durante las actividades que se realicen fuera del local de la asociación deberá suministrar la cantidad necesaria de medicamentos que serán recogidos por el scouter el día de la salida. Los fármacos se acompañarán de un informe donde se especifique el tratamiento y el horario de la toma.

Esta ficha médica es el documento que utilizaremos en caso de urgencia. Si se produce algún cambio o ha detectado un error notifíquelo lo antes posible. Agradecemos su colaboración.

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- D.N.I. del firmante de la ficha
- D.N.I. del participante
- Fotocopia de la Seguridad Social
- Fotocopia del seguro médico

DATOS PERSONALES

Nombre		Fecha de nacimiento DD MM AAAA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1º Apellido		2º Apellido	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
D.N.I./Pasaporte	Nº Seguridad Social	Póliza seguro privado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/>	Número	Escalera	Piso Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código postal	Municipio	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico			
<input type="text"/>			

DATOS PARENTALES

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR 1

Nombre		Apellidos	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico			
<input type="text"/>			
D.N.I./Pasaporte	Teléfono fijo	Teléfono móvil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR 2

Nombre		Apellidos	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico			
<input type="text"/>			
D.N.I./Pasaporte	Teléfono fijo	Teléfono móvil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DE CONTACTO*

Nombre		Apellidos	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Parentesco	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Otro	

* Indique los datos de un pariente o conocido para contactar en caso de no localizar a los padres

INFORMACIÓN MÉDICA

ALERGIAS Y ENFERMEDADES

¿Presenta alguna enfermedad que requiera tratamiento permanente? Sí No *En caso afirmativo, indique el motivo y el tratamiento.*

Indique si ha presentado alguna de las siguientes enfermedades: Asma bronquial Síncopes Epilepsia
 Mareos Diabetes Enfermedad celíaca

¿Tiene hemorragias frecuentemente? Sí No

¿Presenta alergias a ciertos alimentos? Sí No *En caso afirmativo, indíquelo.*

¿Presenta alergia a algún medicamento? Sí No *En caso afirmativo, indíquelo.*

¿Presenta algún otro tipo de alergia? Sí No *En caso afirmativo, indíquelo.*

VACUNACIÓN

¿Está al corriente con el calendario de vacunación? Sí No

Fecha de última vacuna DD MM AAAA

¿Tiene la vacuna antitetánica? Sí No

Fecha vacunación DD MM AAAA

Grupo sanguíneo A B AB O Desconocido

Rh sanguíneo Positivo Negativo Desconocido

CUIDADO PERSONAL

Indique si ha presentado alguna de las siguientes enfermedades: Enuresis Sonambulismo Alteración del sueño

¿Necesita alguna dieta especial? Sí No *En caso afirmativo, indíquelo.*

¿Tiene algún problema físico que le impida realizar actividades como andar, correr, nadar, subir en altitud, etc.? Sí No

En caso afirmativo, indíquelo.

DECLARO

- i. 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.
- ii. Que informaré al equipo de scouters responsable de cualquier variación en los mismos.

Firma y fecha del padre, madre o tutor legal

Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente van a ser incorporados a un fichero, propiedad de la Asociación Grupo Scout Eslabón creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las particularidades médicas que el asociado declara, para lo que usted consiente expresamente. En cualquier momento, podrá ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a la Asociación Grupo Scout Eslabón, calle Fuentecilla, 11 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente a la Asociación Grupo Scout Eslabón con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.