



FICHA MEDICA / AUTORIZACION SALIDAS / CAMPAMENTOS

DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDOS -		NOMBRE -	
FECHA DE NACIMIENTO -	DNI -	EDAD -	RAMA -
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR -		TEL.FNS de CONTACTO -	
NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA -		E-MAIL -	

FICHA SANITARIA (adjuntar fotocopia TARJETA SANITARIA)

SEGURO MEDICO -	SEGURO MEDICO -	Nº DE SS o de POLIZA -
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL	<input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO PRIVADO	

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? -	¿CUAL? -
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? -	¿CUAL? -
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿ESTA OPERADO? -	¿DE QUE? -
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿ESTA CORRECTAMENTE VACUNADO DEL TETANOS? -	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS -

¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO? -	¿CUAL? -
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿PRESENTA MAS ALERGIAS? -	¿A QUE? -
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿SIGUE ALGUN REGIMEN O DIETA ESPECIAL? -	¿CUAL? -
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

MEDICACIÓN

¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?	¿CUAL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS
	¿CUAL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS
	¿CUAL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

OTRA INFORMACION DE INTERES -

DECLARO Y AUTORIZO

D/Dª _____ con DNI núm. _____
(Nombre del padre/madre o tutor legal)

DECLARO:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo otra enfermedad o defecto físico/psíquico que sea incompatible para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana del campamento.

AUTORIZO A:

(Nombre del niño/a o joven menor de edad)

A ASISTIR al fin de semana de convivencia que el grupo Scout SEK ha organizado para los días 26 y 27 de Mayo, en el Parque Santillán, en Mollina (Málaga), y manifiesto mi conformidad plena a que participe en todas las actividades, salidas y desplazamientos que se realicen, tanto a pie como en autobuses contratados. Entiendo que todo ello tiene una finalidad educativa, para tratar de inculcar valores universales y estilos de vida saludables, en un contexto de contacto con la naturaleza, y con un método educativo concreto, que es el escultismo. Sé que éste es un grupo confesionalmente católico.

AUTORIZO a que, en caso de máxima urgencia/necesidad, el/la MONITOR/A RESPONSABLE tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción Médica, si ha sido imposible mi localización.
AUTORIZO a que los datos de carácter médico relevantes puedan ser proporcionados confidencialmente a la Compañía Aseguradora para que ésta los trate con la finalidad de evaluar el riesgo, emitir la póliza y tramitar un posible siniestro

_____, ____ de _____ de _____
FIRMA: _____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales (en adelante LOPD), se informa de que la autorización rellena estará custodiada por la persona destinada al efecto por el Grupo, procediéndose a su destrucción en el momento en que se termina la actividad para la cual fue recabada. Esta información no será cedida, en ningún caso, a terceros (salvo personal sanitario en caso de urgencia, tras intentar contactar previamente con usted/es). En todo caso, tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la LOPD, dirigiéndose al efecto a sus Vocales o a secretariascoutsek@gmail.com