

DATOS DEL ASOCIADO

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

FICHA SANITARIA (adjuntar fotocopia TARJETA SANITARIA)

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

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

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

ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS -

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿A QUÉ?
¿SIGUE ALGUN REGIMEN O DIETA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?

TRATAMIENTO MÉDICO

--

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

DECLARO Y AUTORIZO

D/D^a _____ con DNI núm. _____
(Nombre del padre o tutor legal)

D/D^a _____ con DNI núm. _____
(Nombre de la madre o tutor legal 2)

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.
En caso de seguir un tratamiento médico periódico, lo haré constar expresamente. Además, si durante la Ronda Solar vigente se produjesen modificaciones del tratamiento, nuevos tratamientos o supresiones, haré saber a los responsables de la rama la nueva situación.

AUTORIZO A:

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

A ASISTIR a las actividades organizadas por el Grupo Scout San Estanislao de Kostka de Málaga, perteneciente a la Delegación Diocesana del Movimiento Scout Católico de Málaga, que se puedan celebrar durante el curso 2017-2018, 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 o en vehículos particulares de madres y padres y responsables de la Rama. 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

FIRMA padre: _____ FIRMA madre: _____