

**FICHA MEDICA / AUTORIZACION
SALIDAS / CAMPAMENTOS****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 MÉDICO -	SEGURO MÉDICO -	Nº DE SS ó de PÓLIZA -
" SEGURIDAD SOCIAL	" SEGURO MEDICO PRIVADO	

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? - " SI " NO	¿CUÁL? -
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? - " SI " NO	¿CUÁL? -
¿ESTÁ OPERADO? - " SI " NO	¿DE QUÉ? -
¿ESTÁ CORRECTAMENTE VACUNADO DEL TETANOS? - " SI " NO	Calendario habitual de vacunación

ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS -

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? - " SI " NO	¿CUÁL? -
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? - " SI " NO	¿A QUÉ? -
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? - " SI " NO	¿CUÁL? -

MEDICACIÓN

¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?	¿CUÁL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS
" SI " NO	¿CUÁL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS
	¿CUÁL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS
	¿CUÁL? -	DOSIS -	PAUTA - HORARIOS

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS -

DECLARO Y AUTORIZO

D/D^a _____ 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 campamento de verano en el que participa el Grupo Scout San Estanislao de Kostka de Málaga, perteneciente a la Delegación Diocesana del Movimiento Scout Católico de Málaga, que se celebrará en Portugal, Centro scout situado en el Parque Natural de la Sierra de Arrábida, desde el domingo 15 hasta el martes 30 de Julio de 2019. Lo que incluye los traslados en autobús desde la provincia de Málaga, y manifiesto mi conformidad plena a que participe en todas las actividades de la salida organizadas por su 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: _____ En _____, a ____ de _____ de _____