



FICHA DE INSCRIPCIÓN RONDA 2023-2024

DATOS PERSONALES DEL NIÑO O NIÑA

Nombre:		Apellidos:		
Fecha de Nacimiento:	DNI:	Teléfono Fijo:	E-mail principal*:	
En caso de separación: ¿Quién tiene la custodia del menor? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Compartida (ambos están autorizados a recogerle)				
Dirección:		Municipio:	Código Postal:	Provincia:
Colegio al que asiste y municipio:		Curso		

- Es importante escribir correctamente el e-mail, a través de este medio haremos las comunicaciones oficiales

DATOS DE LOS TUTORES Y HERMANOS O HERMANAS

Nombre y Apellidos	Parentesco	DNI	Móvil	Autorizado a recoger al menor	Correo electrónico

DATOS MÉDICOS DE INTERÉS ** DETALLADO

Grupo Sanguíneo:	Factor:	Peso:	Número de la seguridad social y/o seguro médico privado: (Incluir fotocopia si se dispone de ella)
Alergias (alimentos, animales, plantas, medicamentos...):			
¿A qué?	Síntomas	Tratamiento	Observaciones
Intolerancias (Alimentos):			
Enfermedades de interés (asma, diabetes...):			
Tratamiento Médicos (nombre del medicamento y pógia):			

RESPONSABLE: Grupo Scout Jarahonda | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



G.S. Jarahonda

¿Se medica regularmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tratamiento: Especificar si algún tratamiento necesita condiciones especiales (frio...)		
Enfermedades típicas de la infancia (Sarampión, Varicela, Rubéola, Paperas...):		
Necesidades educativas o discapacidad (hiperactividad, déficit de atención, Síndrome de Down...):		
En los últimos meses ha padecido estas enfermedades (Nombre y fecha aproximada):		
Intervenciones Quirúrgicas (Tipo y fecha)		
Aspectos a Reseñar sobre su personalidad:		
Otras observaciones importantes (Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor...):		

**Si es necesario adjuntar alguna documentación médica extra adjuntarla en el envío de esta inscripción.

Por lo tanto y después de rellenar esta ficha médica con atención Yo, _____ con DNI/NIE _____ afirmo que no oculta información médica relevante de mi hijo/a al Grupo Scout Jarahonda

Y entrego los siguientes documentos (marcar cuales):

Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar Copia Cartilla Vacunación Otros informes o documentos _____.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la ficha médica.

Firma madre/padre/tutor/a legal

En _____, a _____

PARA NUESTRA BASE DE DATOS DE RECURSOS HUMANOS ADULTOS	
Interés de los padres por participar en actividades del grupo: <input type="checkbox"/> Muy Alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio (según disponibilidad) <input type="checkbox"/> Bajo	
Profesión del tutor 1:	Conocimientos del tutor 1 que nos sirvan de ayuda (cocina, bricolaje, música...):
Profesión de la Tutor 2:	Conocimientos del tutor 2 que nos sirvan de ayuda (cocina, bricolaje, música...):
En qué consideras que podrías ayudar al grupo:	

RESPONSABLE: Grupo Scout Jarahonda | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



AUTORIZACIÓN RONDA ESCOLAR 2023-2024

Yo, _____ con, DNI _____ Como madre/padre/tutor/a legal del menor _____

autorizamos a nuestro hijo/a a **asistir y realizar todas las actividades durante la ronda escolar 2023-2024 (Octubre 2023 - Octubre 2024 propuestas por la Asociación Grupo Scout Jarahonda, perteneciente a la Federación ASDE-Exploradores de Madrid, de las cuales se nos informará previamente.**

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Autorizo al equipo de scouters (monitores/as) del Grupo Scout Jarahonda para que pueda trasladarle/a en vehículo privado en aquellos casos en que el Equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Autorizo que sea sometido a los **tratamientos médicos o quirúrgicos** de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda a fin de preservar o restablecer su salud, y a poder suministrarle el medicamento que se le prescriba para el cumplimiento del tratamiento señalado.

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

En las actividades del Grupo Scout Jarahonda no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás **administramos medicación** alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

SOLICITO Y AUTORIZO al equipo de monitores/as del Grupo Scout Jarahonda para que administren la medicación. Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario dado que **ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.**

MARCAR LAS MEDICINAS QUE AUTORIZA PARA SER ADMINISTRADOS A SU HIJO/A EN CASO DE QUE FUERA NECESARIO:	
MEDICAMENTO	DOSIS
<input type="checkbox"/> Apiretal 100ml/mg (paracetamol)	
<input type="checkbox"/> Paracetamol comprimidos	
<input type="checkbox"/> Dalsy 40ml/mg o Junifen 40 ml/mg (Ibuprofeno)	
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno comprimidos	

RESPONSABLE: Grupo Scout Jarahonda | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



G.S. Jarahonda

¿HAY OTROS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O REMEDIOS DE PRIMEROS AUXILIOS A LOS QUE VUESTRO/A HIJO/A SEA ALÉRGICO/A O NO QUERÉIS QUE LE SEAN ADMINISTRADOS?

SÍ

NO

En caso afirmativo, ¿cuáles? :

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de los anteriores consentimientos.

Firma madre/padre/tutor/a legal

En _____, a _____

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido por el artículo 18.1 de la Constitución y está regulado por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El grupo scout os solicita vuestro consentimiento para poder publicar y/o ceder las imágenes del niño/a en las cuales aparezca, bien sea de manera individual o en grupo y que con carácter pedagógico se realicen en el desarrollo de cualquiera de las actividades del mismo.

Yo, _____ con DNI/NIE _____ madre/padre/tutor/a legal de

Autorizo

NO Autorizo

Para que la imagen del/la menor pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout, ASDE Exploradores de Madrid y Federación de Scouts-Exploradores de España (ASDE) y publicadas en:

- Páginas Web y redes sociales de carácter educativo y divulgativo.
- Videos y fotografías destinadas a difusión educativa no comercial.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la cesión de los derechos de imagen.

Firma madre/padre o tutor/a

En _____, a _____

RESPONSABLE: Grupo Scout Jarahonda | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



G.S. Jarahonda

Yo, _____ con DNI/NIE _____ como madre/padre/tutor/a legal de _____ autorizo al GS Jarahonda a ceder a ASDE Exploradores de Madrid, a la Federación de Scouts-Exploradores de España (ASDE) y a otros órganos de la Administración Pública, en el caso de que así fueran requeridos, los siguientes datos de carácter personal de mi hijo/a, tutelado/a: **Nombre y apellidos, DNI/NIE, fecha de nacimiento, dirección Postal, teléfono.**

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Y a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para la cesión de datos de carácter personal.

Firma madre/padre o tutor/a legal

En _____, a _____

Declaramos y autorizamos que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas (salidas, acampadas, campamento...), así como nos comprometemos a informar a los scouters responsables de cualquier variación de los mismos que afecte a actividades futuras.

Somos concedores de que el incumplimiento del pago de las cuotas con periodicidad mensual, o la repetida falta de asistencia a las actividades puede suponer la no asistencia a las salidas del grupo (acampadas, campamento de verano, etc.) y la baja definitiva sin devolución de cuotas.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para participar en las actividades del Grupo Scout Jarahonda.

Firma madre/padre o tutor/a legal

En _____, a _____

RESPONSABLE: Grupo Scout Jarahonda | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



G.S. Jarahonda

Sólo en el caso de Tropa (Sección Scout), Esculta y Clan.

Como padres/tutores del menor _____, autorizamos a nuestro hijo/a **pertenecer a un grupo de WhatsApp, o servicio de mensajería de su sección** en el que estarán todos sus compañeros de sección y sus scouters para tratar fines educativos como pueden ser salidas, actividades para los sábados, acampadas, etc...

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para pertenecer a su hijo/a o tutorada a un grupo de WhatsApp de su sección.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a legal

Sólo en el caso de Tropa, Esculta y Clan.

Como padres/tutores del menor _____, autorizamos a nuestro hijo/a **pueda ir solo/a a las actividades y de vuelta a casa.**

Autorizo	<input type="checkbox"/>	NO Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización, para pertenecer a su hijo/a o tutorada a un grupo de WhatsApp o servicio de mensajería de su sección.

En _____, a _____ de _____

Firma madre/padre o tutor/a legal

RESPONSABLE: Grupo Scout Jarahonda | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.