



FICHA DE INSCRIPCIÓN RONDA 20...-20...

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

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:

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

DATOS DE LOS AUTORIZADOS A RECOGER AL MENOR

Nombre	Parentesco	DNI	Móvil

DATOS MÉDICOS DE INTERÉS ** DETALLADO

Grupo Sanguíneo:	Peso apx:	Número de la seguridad social y/o seguro médico privado: (Incluir fotocopia)	
Alergias (alimentos, animales, plantas, medicamentos...):			
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
Síntomas:			
Tratamiento (nombre del medicamento y posología) y Observaciones:			
Intolerancias (Alimentos):			
Enfermedades de interés (asma, diabetes...):			
-	-	-	-
-	-	-	-



Tratamiento Médicos (nombre del medicamento y posología):
Enfermedades típicas de la infancia (Sarampión, Varicela, Rubéola, Paperas...):
Necesidades educativas o discapacidad (hiperactividad, déficit de atención, Síndrome de Down...):
Descripción de los síntomas:
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...):

Por lo tanto y después de rellenar esta ficha médica con atención Yo, _____ con DNI/NIE _____ afirmo que no oculto información médica relevante de mi hijo/a a la Asociación Scout Jamboree

Firma de la Madre/Tutora

Firma del Padre/Tutor

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 padre:	Conocimientos del padre que nos sirvan de ayuda (cocina, bricolaje, música...):
Profesión de la Madre:	Conocimientos de la madre que nos sirvan de ayuda (cocina, bricolaje, música...):
En qué consideras que podrías ayudar al grupo:	



AUTORIZACIÓN RONDA SOLAR 20¹⁹-20²⁰

Como padres/tutores del menor _____, autorizamos a nuestro hijo/a a **realizar todas las actividades durante la ronda solar 20....-20....** (incluido el campamento de verano) propuestas por la Asociación Scout Jamboree, perteneciente a la Federación Scout Regional de Madrid, de las cuales se nos informará previamente.

Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

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

Así mismo autorizamos cualquier tipo de **tratamiento médico o quirúrgico** siempre que sea requerido por prescripción facultativa del centro sanitario y en caso de emergencia, siempre que sea imposible nuestra localización. (Marcar con una X si se autoriza)

Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

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

En caso de emergencia o necesidad autorizamos a nuestro hijo a ser **trasladado en coche particular**, supervisado por el Kraal o el equipo de intendencia, utilizando las medidas de protección obligatorias como son la silla y el cinturón de seguridad. (Marcar con una X si se autoriza)

Autorizo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

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

En las actividades del Grupo 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 Jamboree 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.

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros:

- Apiretal 100ml/mg (paracetamol)
- Paracetamol comprimidos.



- Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno).
- Ibuprofeno comprimidos.
- Otros:

¿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?

Si	
----	--

NO	
----	--

En caso afirmativo, ¿cuáles?

--

La Asociación Scout Jamboree con CIF: G82283078 os solicita vuestro consentimiento para **poder filmar, tomar fotografías y publicar 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. Marcar con una X si se autoriza al Grupo Scout Jamboree a que *la imagen del/la menor pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el grupo scout y publicadas en:*

- *Páginas Web y redes sociales de carácter educativo y divulgativo.*
- *Redes sociales de la Asociación Scout Jamboree con fin no comercial.*
- *Videos y fotografías destinadas a difusión educativa no comercial.*

Autorizo	
----------	--

NO Autorizo	
-------------	--

Autorizo a la Asociación Scout Jamboree a **ceder a la FSRM (Federación Scout Regional de Madrid con CIF:80727225)**, como organización directamente relacionada con el Grupo 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: Nombre y apellidos, DNI/NIE, fecha de nacimiento, dirección Postal, teléfono.**

Autorizo	
----------	--

NO Autorizo	
-------------	--

Se le informa de que todos los datos facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Jamboree para gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo. Como tutor/a legal, tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten a la citada ley, mediante correo electrónico firmado a asociacionscoutjamboree@gmail.com



Por lo que respecta a los datos cedidos a la **FSRM (Federación Scout Regional de Madrid con CIF:80727225)**, se le informa de que serán incorporados a sus ficheros para poder gestionar la membresía a dicha organización con la misma finalidad

. Como tutor/a legal, le asisten los mismos derechos que en el caso anterior y podrá ejercitarlos mediante escrito o mediante correo electrónico a asociacionscoutjamboree@gmail.com.

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 monitores del Kraal responsables de cualquier variación de los mismos que afecte a actividades futuras.

Firma de la Madre/Tutora

Firma del Padre/Tutor DNI: DNI:

En _____, a _____ de _____ del 20__.

Sello de la Asociación Scout Jamboree.