



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

### DOCUMENTOS DE LA FICHA:

- Ficha de datos
- Ficha médica
- Cesión de datos de carácter personal y permisos de imagen
- Autorización de cargo de recibos domiciliados

### OTROS DOCUMENTOS A RELLENAR Y ENTREGAR

- Autorización de Actividades de la Ronda 24/25

Junto con la presente ficha, hago entrega de:

- Fotocopia del DNI del menor (si lo tuviera).
- Fotocopia de la tarjeta sanitaria.
- Fotocopia de los DNIs del padre, madre y/o tutor legal.

**UNA VEZ RELLENOS LOS DOCUMENTOS DEBE IMPRIMIRLOS, FIRMARLOS Y ENTREGARLOS EN PAPEL A UN SCOUTER DE SU SECCIÓN Y EN DIGITAL AL CORREO ELECTRÓNICO: [gscuerdalarga@gmail.com](mailto:gscuerdalarga@gmail.com)**



## FICHA DE DATOS DE ASOCIADO

DATOS DE SOCIO			
APELLIDOS:		FOTO	
NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
DNI/NIE:			
DIRECCIÓN:			
MUNICIPIO:			
DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL			
NOMBRE Y APELLIDOS (1)			
DNI/NIE (1)		TELÉFONO (1)	
CORREO ELECTRÓNICO (1)			
NOMBRE Y APELLIDOS (2)			
DNI/NIE (2)		TELÉFONO (2)	
CORREO ELECTRÓNICO (2)			
A RELLENAR POR EL GRUPO SCOUT			
FECHA DE INGRESO:		SECCIÓN ACTUAL:	
Nº de SOCIO:		RONDA DE ESTA FICHA:	
DIETA ESPECIAL:			
OBSERVACIONES:	ANT. SOCIOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<b>MEDICAMENTOS</b> <input type="checkbox"/> Paracetamol/Apiretal <input type="checkbox"/> Dalsy/Junifen/Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Polaramine/Antihistamínico		
	<b>IMAGEN</b> <input type="checkbox"/> Whatsapp <input type="checkbox"/> Banco de fotos <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> EdM/ASDE		

**RESPONSABLE:** Grupo Scout Cuerda Larga 655 | **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 PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En las actividades del G.S. Cuerda Larga 655 no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo, nosotros no administramos medicación alguna sin prescripción médica o por indicación y con autorización paterna/materna.

**Solicito y autorizo al equipo educativo del G.S. Cuerda Larga a que procuren curas básicas y administren la medicación siguiente, en caso de heridas o síntomas leves:**

Paracetamol/Apiretal

Dalsy/Junifen/Ibuprofeno

Polaramine/Antihistamínico

**Solicito y autorizo al equipo educativo del G.S. Cuerda Larga a que administren la siguiente medicación, pautaada por su médico:**

Medicamento: \_\_\_\_\_ Posología/Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Posología/Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Posología/Dosis: \_\_\_\_\_

**Bajo ningún concepto le podrán ser administrados los siguientes medicamentos:**

**Me hago responsable, en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa de los medicamentos marcados. Y, para que conste, firmo la siguiente autorización:**

Firma madre/padre o tutor/a 1  
*(Se requiere la firma de ambos progenitores o tutores, si los hubiera)*

Fdo: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma madre/padre o tutor/a 2  
*(Se requiere la firma de ambos progenitores o tutores, si los hubiera)*

Fdo: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**RESPONSABLE:** Grupo Scout Cuerda Larga 655 | **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:** Solo se cederán datos a personal sanitario, en caso de urgencia. | **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.



## FICHA MÉDICA 1/2

DATOS PERSONALES			
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>		<b>GRUPO SANGUÍNEO/RH</b>	
<b>FECHA NACIMIENTO</b>		<b>DNI/NIE</b>	
<b>Nº SEGURIDAD SOCIAL</b>		<b>OTROS SEGUROS</b>	
<b>TLF. DE EMERGENCIA:</b> (1) _____ (2) _____ (3) _____			
ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA <i>(marcar con una x si las ha pasado)</i>			
<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Paperas			
<b>OTRAS:</b>			
ALERGIAS/INTOLERANCIAS <i>(especificar) (medicamentos, animales, plantas, alimentos...)</i>			
<b>¿A qué?</b>	<b>Tratamiento (medicación + dosis)</b>	<b>Síntomas</b>	
ENFERMEDADES DE INTERÉS <i>(asma, diabetes, trastornos de la conducta alimentaria...)</i>			
<b>Enfermedad</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Tratamiento</b>	
NECESIDADES ESPECIALES EDUCATIVAS O DISCAPACIDAD			
ASPECTOS A RESEÑAR SOBRE SU PERSONALIDAD <i>Si alguna característica de su personalidad, asociada o no a alguna de las enfermedades/necesidades descritas anteriormente, fuera de interés para el trabajo con el/la menor, describase:</i>			



## FICHA MÉDICA 2/2

<b>TRATAMIENTOS MÉDICOS</b> <i>¿Se medica regularmente? ¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? ¿Necesita ese medicamento refrigeración? Descríbase en detalle.</i>	
<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b> (Indicar TIPO y FECHA)	
<b>HISTORIAL MÉDICO RECIENTE O RELEVANTE</b> (nombre y fecha aproximada)	
<b>OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES</b> <i>Ejemplo: problemas de visión (uso de gafas o lentillas), auditivos (uso de audífonos, implantes...), <b>dieta especial</b>, fobias, problemas ginecológicos, del aparato locomotor, incontinencia urinaria, indicar si el niño <b>NO SABE NADAR</b>...</i>	
<b>DECLARACIÓN RESPONSABLE</b>	
<input type="checkbox"/> No oculto información médica relevante del menor al G.S. Cuerda Larga 655.	
<input type="checkbox"/> Asumo la responsabilidad de revisar periódicamente, actualizar y comunicar al G.S. Cuerda Larga 655 cualquier cambio que pudiera afectar a la información contenida en la ficha médica.	
<b>Hago entrega de los siguientes documentos de carácter médico:</b>	
<input type="checkbox"/> Tarjeta sanitaria y/o similar (OBLIGATORIO)	
<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación	
<input type="checkbox"/> Otros documentos o informes:	
Firma madre/padre o tutor/a 1 <i>(Se requiere la firma de ambos progenitores o tutores, si los hubiera)</i>	Firma madre/padre o tutor/a 2 <i>(Se requiere la firma de ambos progenitores o tutores, si los hubiera)</i>
Fdo: _____	Fdo: _____
DNI: _____	DNI: _____
En _____, a _____ del _____ de 20__	En _____, a _____ del _____ de 20__

**RESPONSABLE:** Grupo Scout Cuerda Larga 655 | **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:** equipo educativo; personal sanitario en caso de urgencia y/o administraciones públicas en casos de imperativo 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.

## CESIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS Y "ANTIGUOS SOCIOS"	
<p>Autorizo a ceder a ASDE Exploradores de Madrid, a ASDE Scouts de España, a través del sistema de gestión de socios; a otros órganos de la Admón Pública y personal sanitario, si fueren requeridos, los datos de carácter personal de mi hijo/a descritos en cualquiera de las páginas de la ficha de inscripción.</p> <p>Asimismo, autorizo a que se cedan a empresas relacionadas con las actividades del Grupo Scout los datos que sean necesarios para la realización de las mismas.</p>	
<p>Asimismo</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorizo</b> a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No autorizo</b> a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.</p>	
PERMISOS DE IMAGEN	
<p><b>Difusión interna</b> Las imágenes del menor correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Cuerda Larga 655 serán compartidas de manera interna a través del banco de imágenes y grupos de whatsapp, ambos privados para miembros del grupo.</p> <p><b>Difusión externa</b> 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, y la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la garantía de los derechos digitales. ASDE Exploradores de Madrid solicita vuestro consentimiento para poder publicar imágenes, 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.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorizo</b> a que la imagen del menor pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Cuerda Larga 655, ASDE Exploradores de Madrid y ASDE Scouts de España y publicadas en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Páginas Web y Redes Sociales de carácter educativo y divulgativo de dichas organizaciones.</li><li>• Videos y fotografías destinadas a difusión educativa no comercial.</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>No autorizo</b> a que la imagen del menor pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout Cuerda Larga 655, ASDE Exploradores de Madrid y ASDE Scouts de España.</p>	
<p>Firma madre/padre o tutor/a 1 <i>(Se requiere la firma de ambos progenitores o tutores, si los hubiera)</i></p>   <p>Fdo: _____ DNI: _____</p> <p>En _____, a _____ del _____ de 20__</p>	<p>Firma madre/padre o tutor/a 2 <i>(Se requiere la firma de ambos progenitores o tutores, si los hubiera)</i></p>   <p>Fdo: _____ DNI: _____</p> <p>En _____, a _____ del _____ de 20__</p>

**RESPONSABLE:** Grupo Scout Cuerda Larga 655 | **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:** Grupo Scout Cuerda Larga, Exploradores de Madrid y Asociación de Scouts de España | **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. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en la dirección de correo [gscuerdalarga@gmail.com](mailto:gscuerdalarga@gmail.com).

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



## AUTORIZACIÓN PARA CARGAR EN CUENTA RECIBOS DOMICILIADOS

DATOS BANCARIOS			
Autorizo a la Asociación Grupo Scout Cuerda Larga con CIF G85774396 a realizar los cobros de cuotas y actividades programadas en la siguiente cuenta:			
TITULAR DE LA CUENTA:			
DNI/NIE:		ENTIDAD BANCARIA:	
IBAN:			
Firma del titular de la cuenta En _____, a _____ del _____ de 20__			
Fdo: _____			
DNI: _____			

HIJOS/AS EN EL GRUPO	
NOMBRE Y APELLIDOS	SECCIÓN
1.	
2.	
3.	
4.	

A RELLENAR POR EL GRUPO SCOUT	
TOTAL AL MES:	
TOTAL AL AÑO:	* sin incluir campamentos
BECAS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	OBSERVACIONES:

**RESPONSABLE:** Grupo Scout Cuerda Larga 655 | **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:** Grupo Scout Cuerda Larga y entidad bancaria | **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. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en la dirección de correo [gscuerdalarga@gmail.com](mailto:gscuerdalarga@gmail.com).

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