

Rama:

- CASTORES
- LOBATOS
- RANGERS
- PIONEROS

Seguridad Social:  
Fecha ingreso grupo:

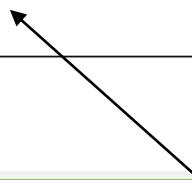
Indicar el número de la Seguridad Social.

En caso de tener un seguro médico privado, indicar el número y poner al lado entre paréntesis la compañía (Adeslas, Asisa, Sanitas...)

Mes y año en el que ingresó en el Grupo



- Indíquenos cualquier otra observación que debamos saber. Si es posible, adjuntar cualquier documento para completar la información anterior, como instrucción de tratamiento, autorización o informe médico.



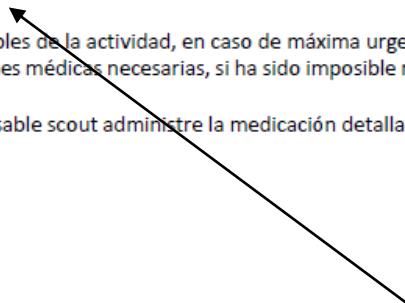
En caso de tener enfermedades graves o crónicas, es conveniente entregarnos una copia de los informes médicos que creáis conveniente para ayudar al médico en caso de que el niño/a tenga que ser atendido en un campamento

**DECLARO:**

- Que todos los datos anteriormente expuestos se corresponden con la realidad y que informaré de los cambios.

**AUTORIZO:**

- A los responsables de la actividad, en caso de máxima urgencia, bajo conocimiento y prescripción de un facultativo, a tomar las decisiones médicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.
- Que el responsable scout administre la medicación detallada por los padres en esta autorización.



No olvides MARCAR estas casillas si lo veis conveniente.

La primera declara que son verdad los datos médicos.

Las dos últimas autorizan a los responsables a tomar decisiones en caso de extrema urgencia y a dar las medicaciones cotidianas que tenga el niño/a.

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ solicito la inscripción de mi hijo/a \_\_\_\_\_ en el Grupo Scout \_\_\_\_\_ con sede en \_\_\_\_\_ perteneciente a la Delegación Diocesana del M.S.C. Jerez, \_\_\_\_\_ asumiendo su participación en todas las actividades.

“Santo Domingo Savio”

“Colegio Salesianos (Rota)”

Autorizo la captación y difusión de imágenes durante las actividades

Marcar la casilla con una X si autorizas que echemos fotos a tu hijo/a. Para facilitar nuestra labor, agradeceríamos que, si no existe un inconveniente grave, se autorice.

He sido informado y autorizo expresamente el tratamiento.

NOMBRE Y APELLIDOS

D.N.I.

FECHA

Recuerda firmar, poner el nombre y apellidos, dni y fecha.