

Rama:	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Señalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CASTORES • LOBATOS • RANGERS • PIONEROS </div>
--------------	---

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



Fecha de cumplimentación: ____/____/____

Peso: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Fecha en la que rellenas la **ficha médica**.

Enfermedades (indicar que tratamiento sigue en ese caso):

Alergias (alimentos, medicamentos, ambientales, otros):

Problemas leves comunes (frecuentes dolores de cabeza, resfriado, esguince de tobillo, dolor de espalda, etc.) y tratamiento que sigue en estos casos, tanto medicación como otros:

¿Requiere alguna atención especial? (Nocturnas, por carácter...)

Todos los datos médicos son **muy importantes**. Es necesario rellenarlos cuando hay alguna enfermedad o atención especial y ser **lo más detallado posible**.

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 casos graves, será necesario **incluir un informe médico**, pautas e instrucciones a seguir. Esto **nos ayudará** a los responsables y a los médicos en caso de tener que acudir durante un campamento.

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 en esta autorización.

No olvides **MARCAR** estas casillas si lo veis conveniente.

Autorizan a los responsables a tomar decisiones en caso de extrema urgencia y a dar las medicaciones cotidianas que tenga el niño/a. En caso de no señalar ésta última no podremos dar ningún tipo de medicación habitual que tenga.

☒

Si consiento expresamente el tratamiento de mis datos en los términos expuestos

☐

No consiento expresamente el tratamiento de mis datos en los términos expuestos

☒

Si consiento expresamente el tratamiento de los datos de mi hijo/hija/menor a cargo de mi tutela en los términos expuestos

☐

No consiento expresamente el tratamiento de los datos de mi hijo/hija/menor a cargo de mi tutela en los términos expuestos

No olvides **MARCAR** estas casillas si lo veis conveniente.

Se refieren a la protección de datos de los **números de teléfono móvil**.

Si no se marcan no podremos comunicarnos de manera telefónica.

☒

Si autorizo la captación y difusión de imágenes durante las actividades

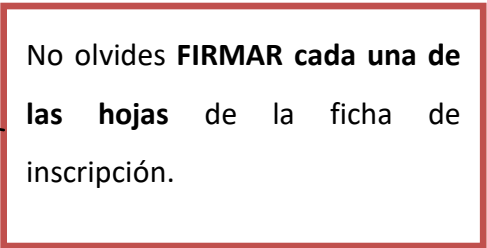
☐

No autorizo la captación y difusión de imágenes durante las actividades

No olvides **MARCAR** esta casilla si lo veis conveniente.

Hace referencia a las **fotografías y videos**. Pedimos que, en la medida de lo posible y para facilitar la labor, se autorice positivamente. Si no se marcan, el niño/a no saldrá en ninguna fotografía ni video.

Firma:



No olvides **FIRMAR** cada una de
las hojas de la ficha de
inscripción.