



Kimball O'Hara 439

AUTORIZACIÓN FAMILIAR RONDA SOLAR 20 /20

Conociendo los objetivos que esta Asociación Scout/Grupo Scout persigue así como sus métodos educativos y de actuación, y aceptando los derechos y las obligaciones que la pertenencia a la misma implica, nosotros, D^o.....con DNI....., como padre/tutor, y, D^a.....con DNI....., como madre/tutora del educando, **autorizamos a nuestro hijo/a el ingreso en la Asociación Scout/Grupo Scout Kimball O'hara nº 439, así como a llevar a cabo el programa de actividades** planteado por este colectivo.

Esta autorización se hace extensiva a las **decisiones médico-quirúrgicas** que fuese necesario adoptar en caso de urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente, inclusive intervenciones quirúrgicas o transfusiones sin perjuicio de que se intente contactar con los padres/tutores para informarles y obtener su consentimiento.

Manifestamos haber **comunicado** por escrito en la **hoja de datos médicos adjunta**, cuantas dolencias, enfermedades y otras incidencias físicas y psicológicas que padeciera nuestro hijo/a y puedan tener relevancia durante el desarrollo de las actividades.

Así mismo, si por alguna razón (enfermedad, expulsión, petición personal...) nuestro hijo/a tuviera que **abandonar alguna actividad**, nos responsabilizamos de poder hacernos cargo de él/ella en un plazo máximo de doce horas desde que esto nos sea comunicado. De no poder hacerlo, aseguramos que alguna persona mayor de edad autorizada expresamente por nosotros se responsabilizará de él/ella en nuestro lugar.

Nos comprometemos a facilitar que nuestro hijo/a **asista** puntualmente a todas las **actividades** que esta asociación lleve a cabo.

Por último, **autorizo la publicación y difusión pública de imágenes** en las que pueda aparecer mi hijo/a (folletos divulgativos y corporativos, publicidad, cartelera, videos de actividades, página web...), siempre que estén relacionadas con actividades propias de la Asociación Scout/Grupo Scout "**Kimball O'hara" nº 439** y no siendo contrarias a sus intereses, y no impliquen una intromisión ilegítima en la intimidad, honor o su reputación, de conformidad con la Ley orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor.

Firma del padre/tutor

(AMBOS)

Firma de la madre/tutora

Murcia, a de de 20.....

GRUPO SCOUT "KIMBALL O'HARA" Nº 439

El Ranero (Murcia)

www.kimballohara.com

Miembro de la Federación Scout de Exploradores de Murcia y de ASDE Scouts de España



Kimball O'Hara 439

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha de ingreso _____ N° Asociado 30439 _____

Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Lugar de nacimiento: _____ D.N.I.: _____

N° Seg. Social: _____ Teléfono: _____ Móvil _____

Domicilio: _____ n° _____ piso _____ puerta _____

Código Postal: _____ Localidad: _____

Estudios _____ E-mail contacto _____

DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos del padre: _____

D.N.I. del padre: _____ Profesión _____

E-mail: _____ Móvil _____

Nombre y apellidos de la madre: _____

D.N.I. de la madre: _____ Profesión _____

E-mail: _____ Móvil _____

N° total de hermanos: _____ N° de orden que ocupa el solicitante: _____

¿Tiene algún familiar que ya pertenezca al Grupo? (Indicar nombre y parentesco) _____

PAGO DE SEGURO ANUAL Y CUOTAS MENSUALES

Me comprometo a abonar en la cta. cte de la Asociación **ES23 0182 7511 1002 0160 1882** la cantidad de 50,00 €* correspondiente a la cuota anual asociativa (seguros responsabilidad civil y de accidentes) de la FEDERACION SCOUT DE EXPLORADORES DE MURCIA, indicando el **NOMBRE** del asociado/a y en concepto "**SEGURO ANUAL**". Entregar el justificante junto con esta inscripción.

Me comprometo a abonar el importe de las cuotas mensuales* en concepto asociado/a por mi hijo/a, que se GIRARÁN a la cta. que indico:

Datos de domiciliación bancaria (IMPRESCINDIBLE):

Titular de la cuenta: _____

Entidad Bancaria: _____ IBAN _____

N° Cta. Cte.: ____ / ____ / ____ / ____

* Pendiente de confirmar por la Asamblea General

- La cuota mensual se girará a **principios de cada mes** sin aviso previo. En caso de pasarse al cobro cualquier gasto extraordinario, se realizará habiendo informado con la debida antelación. Rogamos nos indiquéis anticipadamente posibles problemas en el pago de recibos para evitar devoluciones. Los gastos ocasionados por este motivo deberán ser abonados por quiénes los generen.

GRUPO SCOUT "KIMBALL O'HARA" N° 439

El Ranero (Murcia)

www.kimballohara.com

Miembro de la Federación Scout de Exploradores de Murcia y de ASDE Scouts de España



Kimball O'Hara 439

FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio

DATOS PERSONALES DE AVISOS

NOMBRE			
APELLIDOS			
EDAD		SECCION	
NOMBRE DEL PADRE		TLF MOVIL:	
NOMBRE DE LA MADRE		TLF MOVIL:	
Nº SEGURIDAD SOCIAL			
OTROS SEGUROS		NUMERO DE POLIZA	

ENFERMEDADES PADECIDAS

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE? ¿CÚAL?			
¿PRECISA MEDICACION Y/O TRATAMIENTO MEDICO? En caso afirmativo rellene el siguiente cuadro y adjunte el medicamento con su correspondiente prospecto. Será de uso exclusivo del acampado y devuelto al final del campamento.		Razón: Nombre del medicamento: Dosis Desayuno: Dosis Comida: Dosis Cena: Otra hora:	
Enuresis nocturna	SI (Traer Drynites, huggies o similar)	NO	Observaciones:
ESTÁ AL DÍA EN EL CALENDARIO DE VACUNACIONES? FALTA:			
GRUPO SANGUÍNEO:			

GRUPO SCOUT "KIMBALL O'HARA" Nº 439

El Ranero (Murcia)

www.kimballohara.com

Miembro de la Federación Scout de Exploradores de Murcia y de ASDE Scouts de España



Kimball O'Hara 439

ALERGIAS

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? (Especificar cual)

¿ES ALÉRGICO/INTOLERANTE A ALGÚN ALIMENTO?

ESPECIFICAR LOS ALIMENTOS QUE NO PUEDE TOMAR:

ALERGIAS DE OTRO TIPO (especificar)

ES PROPENSO A:

ANGINAS	RESFRIADOS
DOLORES DE CABEZA	BRONQUITIS
INSOMNIO	SONAMBULISMO
Otros:	

OBSERVACIONES

GRUPO SCOUT "KIMBALL O'HARA" Nº 439

El Ranero (Murcia)

www.kimballohara.com

Miembro de la Federación Scout de Exploradores de Murcia y de ASDE Scouts de España



Kimball O'Hara 439

Don/Dña

con DNI

Como padre/madre o tutor/a de

Todos los datos que se comuniquen serán tratados con la debida reserva. Los datos médicos se consideran confidenciales de acuerdo con la Ley de Protección de datos de carácter sanitario vigente, pudiendo acceder a ellos los monitores listados en la Asociación y el personal sanitario que lo estime conveniente. **Los padres/tutores se responsabilizan de la veracidad de los datos.**

Me comprometo a entregar al responsable correspondiente el informe médico y el tratamiento a seguir de mi hijo/a. También me comprometo a entregar la cartilla de la Seguridad Social o del correspondiente seguro médico. Y autorizo a tomar las medidas de emergencia que en su caso fuesen necesarias. Asimismo, en caso de estar mi hij@, sometido a algún tratamiento médico durante el Campamento, autorizo al equipo de scouters, a administrar la medicación pertinente.

FIRMA

En Murcia, a _____ de _____ de _____

Adjuntar:

- Fotocopia tarjeta o cartilla de la Seguridad Social
- Fotocopia de la Cartilla de Vacunación
- Fotografía tamaño carnet
- Copia del justificante de ingreso de la cuota anual asociativa

GRUPO SCOUT "KIMBALL O'HARA" Nº 439

El Ranero (Murcia)

www.kimballohara.com

Miembro de la Federación Scout de Exploradores de Murcia y de ASDE Scouts de España