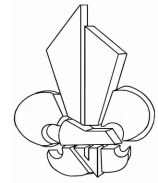




# Ficha de inscripción



Grupo Scout Kiro  
www.scoutkiro.com  
Avda. Atalayas, 43  
Colegio Salesianos  
Apartado 29  
Tfno.: 968 89 97 19  
Fax: 968 83 33 21  
30110  
CABEZO DE TORRES  
MURCIA

Nº SOCIO: \_\_\_\_\_

N.I.F.: \_\_\_\_\_

RAMA:

Manada     Esculta  
 Tropa     Clan

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXO:  V  M

MOVIL PADRE: \_\_\_\_\_ MOVIL MADRE: \_\_\_\_\_

MOVIL CHICO/A: \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

(para uso exclusivo de convocatorias, circulares, avisos/incidencias...)

TITULAR E-MAIL:  padre  madre  chico/a  otros \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

Nº DE HERMANOS (INCLUYÉNDOTE A TI): \_\_\_\_\_

ESTUDIOS (CURSO): \_\_\_\_\_ CENTRO: \_\_\_\_\_

GUSTOS Y AFICIONES: \_\_\_\_\_

HE REALIZADO CAMBIOS EN LOS DATOS DE CONTACTO CON RESPECTO A AÑOS ANTERIORES

D./Dña: \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor, con D.N.I. \_\_\_\_\_ por la presente manifiesto mi deseo de inscribir a \_\_\_\_\_, en el Grupo Scout Kiro, y:

→ le autorizo a participar en todas las actividades que éste organice durante la presente Ronda  
→ otorgo expresamente el consentimiento para la obtención y difusión de la imagen de mi repr al sólo fin de aparecer en la publicación de fotos y vídeos en los medios audiovisuales propios del grupo.  
→ Autorizo al responsable de la actividad a que, previo intento de localización de sus padres o tutc ser posible la misma en los teléfonos facilitados, tome las decisiones que estime pertinentes para inter clínicas de urgencia, así como para que pueda firmar la autorización para intervenir clínicamente o ha de emergencia

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma

Miembro de la  
A.S.D.E.-Ex.Mu.,  
perteneciente a la  
Organización  
Mundial del  
Movimiento Scout.  
C.I.F.: G-30324685  
Registro Gral.  
Asociaciones de  
Murcia 1.183/3ª

## DATOS MÉDICOS

Esta hoja se debe rellenar para que dispongamos de datos seguros y veraces sobre posibles estados de convalecencia, riesgos, enfermedades, que el chico/a sufra o pueda sufrir y su tratamiento habitual. El grupo declinará toda responsabilidad derivada de la falsedad u omisión de los datos facilitados.

No olvidéis nada, ni omitáis ningún dato, por insignificante que parezca. Eso nos ayudará a conocer más a vuestros hijos, pudiendo, así, atenderles mejor.

¿Tiene alguna enfermedad o molestia habitual? Indicar cuál y su tratamiento.

---

---

---

¿Es alérgico a algo? Indicar a qué y tratamiento.

---

---

---

¿Es propenso a alguna enfermedad o pertenece a algún grupo de riesgo? Especificar cuál y tratamiento.

---

---

---

Otros asuntos de interés:

---

---

---

No dudéis en acudir al scouter de vuestro hijo para resolver cualquier problema o duda que os pueda surgir.

D./Dña.: \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor, declaro que los datos aportados coinciden con la realidad actual, comprometiéndome a informar de cualquier tipo de variación que se produzca respecto al contenido de esta ficha.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma