



FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES		
NOMBRE Y APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO: __ / __ / ____	DNI:	TLF:
DIRECCIÓN:	POBLACIÓN:	CP:
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE/TUTOR/A:	PROFESIÓN:	
	TLF:	
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE/TUTOR/A:	PROFESIÓN:	
	TLF:	
Nº HERMANOS (incluyéndote a ti):		
CORREO ELECTRÓNICO (para uso exclusivo de convocatorias, circulares, avisos/incidencias...)		
DATOS MÉDICOS		
<p>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.</p>		
ALERGIAS Y TRATAMIENTO:	ES PROPENSO A:	
VACUNACIONES (obligatoria vacuna del Tétanos): Indicar si lleva las correspondientes a su edad <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	En caso negativo, indicar cuál le falta por administrar:	
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUÁL?		
TRATAMIENTO:		
TRATAMIENTOS PARA DOLENCIAS HABITUALES	DOLOR DE CABEZA:	
	NÁUSEAS / MAREOS:	
	ESTREÑIMIENTO:	
	DIARREA:	
OBSERVACIONES / APRECIACIONES / INDICACIONES ESPECIALES:		



CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Asociación Scout Kiro 430 - CIF: G30324685 Dir. Postal: Avenida Alto Atalayas Nº43-“Colegio Salesianos”, 30110 Cabezo de Torres (Murcia)

En nombre de la asociación tratamos la información que nos facilita con la **finalidad** de gestión administrativa. El consentimiento explícito supone la **legitimación** para el tratamiento de sus datos. Sus datos formarán parte de nuestra base de datos durante el tiempo necesario para cumplir el servicio o las disposiciones legales. **Destinatarios:** Los datos podrán ser cedidos a Federación Scout de Exploradores de Murcia (ExMu) y Federación Scout de Exploradores de España (ASDE), a Compañías de Seguros, Autoridad Sanitaria y las distintas entidades u organismos que los requieran para el cumplimiento de la actividad desempeñada. **Derechos:** Puede revocar el consentimiento y ejercer sus Derechos a acceder, rectificar, oponerse, limitar, portar y suprimir los datos ante el responsable del tratamiento; además de acudir a la autoridad de control competente (AEPD). **Información Adicional:** Puede solicitar información adicional ante la dirección del responsable.

Asimismo, solicito su autorización para finalidades adicionales.

Acepto que los datos identificativos de mi tutelado/a sean incluidos para finalidades administrativas por medios electrónicos y almacenados en plataformas de almacenamiento en la nube.

Acepto que la imagen de mi tutelado sea incluida en las redes sociales, plataformas de imagen o almacenamiento, externas e internas, y así como en cualquier otro medio de la asociación.

Firmado (deben autorizar ambos titulares de la patria potestad)

D/Dña. _____, con D.N.I. nº. _____, y

D/Dña. _____, con D.N.I. nº. _____,

como tutores legales de _____.

Fdo en Murcia a ____ de _____ de 20__.

Firma

Firma

D/Dña. _____, con D.N.I. nº. _____,

como padre/madre/tutor de _____ :

- Autorizo a participar en todas las actividades que este organice, 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.
- Facilito su información médica a efectos de cualquier atención que pueda necesitar, autorizando al responsable de la actividad a que, previo intento de localización de sus padres o tutores y sin ser posible la misma en los teléfonos facilitados, tome las decisiones que estime pertinentes para intervenciones clínicas de urgencia, así como para que pueda firmar la autorización para intervenir clínicamente o hacer curas de emergencia.

Fdo.: _____