

# Campamento de verano

## INSCRIPCIÓN

### 1. DATOS DEL EDUCANDO

- Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
- NIF: \_\_\_\_\_
- Sección:      ☐ Manada    ☐ Tropa      ☐ Esculta    ☐ Clan

### 2. LOCALIZACIÓN DE LOS PADRES DURANTE EL CAMPAMENTO

- Dirección: \_\_\_\_\_
- Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

### 3. ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

Ultimo día de entrega: lunes 30 de junio de 2025.

Se deben enviar a [scoutkiro430@gmail.com](mailto:scoutkiro430@gmail.com) los siguientes documentos:

- Cartilla de la Seguridad Social.
- Certificado médico, que indique que no presenta ninguna condición médica que le suponga un riesgo participar en las actividades propias de un campamento. No requiere prueba específica, solo una valoración general.
- Este documento, rellenado y firmado debidamente.

## FICHA MÉDICA

### 1. DATOS

- N.º Seguridad Social: \_\_\_\_\_
- Grupo sanguíneo (si se sabe): \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN MÉDICA

Esta información que nos facilita es de **muchísima importancia a la hora de atender a su hijo/a** tanto en caso de urgencia o necesidad, como en el día a día en el campamento. Por favor, le rogamos la rellene detalladamente indicándonos cualquier asunto que sea de interés. El Grupo Scout Kiro declinará toda responsabilidad que pueda derivarse de los datos omitidos en esta ficha.

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ALERGIAS Y TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                   | ES PROPENSO/A A                                                           |
| VACUNACIONES (OBLIGATORIA VACUNA DEL TÉTANOS)<br>INDICAR SI LLEVA LAS CORRESPONDIENTES A SU EDAD <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><br>EN CASO NEGATIVO, INDICAR CUÁL LE FALTA POR ADMINISTRAR: |                                                                           |
| ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? INDICARLA Y SU TRATAMIENTO                                                                                                                                                                    |                                                                           |
| TRATAMIENTOS PARA DOLENCIAS<br>HABITUALES<br>→                                                                                                                                                                           | DOLOR DE CABEZA<br><br>NAUSEAS/MAREOS<br><br>ESTREÑIMIENTO<br><br>DIARREA |
| APRECIACIONES / CONSEJOS / INDICACIONES ESPECIALES / OTROS                                                                                                                                                               |                                                                           |

## AUTORIZACIÓN

D./Dña. \_\_\_\_\_,  
con N.I.F. \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor del chico/a indicado, le autorizo a que asista al campamento organizado por el Grupo Scout Kiro de Cabezo de Torres, y a que participe en todas aquellas actividades programadas, a celebrar del 19 al 31 de julio de 2025 en *La Garganta*, Bronchales, Teruel.

Además, facilito y certifico la veracidad de los datos médicos, a efectos de cualquier atención que pueda necesitar, así como declaro que no tengo conocimiento de ninguna dolencia ni impedimento de ningún tipo que le imposibilite la asistencia al campamento y participación en las actividades de este.

→ Autorizo, también, que, en caso de no acudir el *Día Familiar* (sábado 26 de julio), mi tutelado/a pueda pasar ese día con la familia de otro compañero/a, si así lo desea.

*(Se contactará previamente con alguno de los tutores legales para obtener confirmación directa, si no se tiene anteriormente, informando de con qué familia pasará el día)*

☐ Sí            ☐ No

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

Fdo.: \_\_\_\_\_

En cumplimiento del Reglamento (UE), 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la directiva 95/46/CE (en adelante, el RGPD), así como, de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (en adelante, la LOPDGDD), a continuación le informamos sobre el tratamiento de sus datos personales.

Responsable del tratamiento de sus datos personales: ASOCIACION SCOUT KIRO 430, con CIF G30324685 y dirección postal en AVDA. Alto Atalayas, 43, 30110, Cabezo de Torres (Murcia).

Finalidad del tratamiento: Captación de los datos de salud del alumno con la finalidad de hacer frente a cualquier urgencia o necesidad médica.

Base de legitimación: Su consentimiento

Cesiones: No se realizarán cesiones de datos a terceros, salvo que exista una obligación legal.

Plazo de conservación: La captación de los datos de salud del alumno serán conservados durante el periodo que sea estrictamente necesario para la prestación de los servicios. Y en cualquier caso, durante el periodo legalmente establecido.

Derechos: En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición. Para ello podrá dirigirse a nosotros escribiendo a la dirección indicada en este documento, o enviado un correo a la siguiente dirección: [scoutkiro430@gmail.com](mailto:scoutkiro430@gmail.com)