



DATOS del SCOUT			
APELLIDOS –		NOMBRE –	
FECHA DE NACIMIENTO –	EDAD –	DNI –	RAMA –
PADRE/MADRE/PRIMER TUTOR –		DNI PADRE/MADRE/PRIMER TUTOR –	TELÉFONOS DE CONTACTO –
PADRE/MADRE/SEGUNDO TUTOR –		DNI PADRE/MADRE/SEGUNDO TUTOR –	E-MAILS DE CONTACTO –
DATOS MÉDICOS (Adjuntar tarjeta sanitaria)			
GRUPO SANGUÍNEO –	SEGURO MÉDICO – <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado	Nº DE SEGURIDAD SOCIAL O DE PÓLIZA –	
PATOLOGÍAS e INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –		
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –		
¿ESTÁ OPERADO? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿DE QUÉ? –		
¿CARECE DE ALGUNA VACUNA? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –		
¿ESTÁ VACUNADO DEL TÉTANOS? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? – <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Parvovirus B19		
ALERGIAS y DIETAS			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –		
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A QUÉ? –		
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –		
MEDICACIÓN y POSOLOGÍA			
¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? – <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? –	DO SIS –	HORARIO y PAUTAS –
	¿CUÁL? –	DO SIS –	HORARIO y PAUTAS –
	¿CUÁL? –	DO SIS –	HORARIO y PAUTAS –
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS –			
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN			
D/Dª _____ <small>(Nombre del padre/madre/tutor legal)</small>		con DNI número _____	
DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo otra enfermedad o defecto físico/psíquico que sea incompatible con la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana durante el desarrollo de las mismas.			
AUTORIZO A: _____ <small>(Nombre del niño/a o joven menor de edad)</small>			
A ASISTIR al <i>campamento de verano en Monte do Paio (Portugal)</i> organizado por el kral de responsables del Grupo Scout Católico Santa Ana, perteneciente a la Federación de Scouts Católicos de Andalucía y el Movimiento Scout Católico, que se celebrará <i>del 16 al 29 de julio de 2018</i> , y manifiesto mi conformidad plena a que participe en todas las actividades, salidas o desplazamientos que se realicen, tanto a pie como en autobuses contratados o en vehículos particulares de padres, madres o responsables de la rama.			
ENTIENDO que todo ello tiene una finalidad educativa, para tratar de inculcar unos valores y estilos de vida saludables acordes al movimiento scout, en un entorno natural con un método educativo concreto basado en el esultismo católico.			
AUTORIZO a que en caso de máxima urgencia/necesidad, el Monitor/a Responsable, tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.			
AUTORIZO a que los datos de carácter médico relevantes puedan ser proporcionados confidencialmente a la Compañía Aseguradora para que ésta los trate con la finalidad de evaluar el riesgo, emitir la póliza y tramitar un posible siniestro.			
FIRMA: _____		En _____ a _____ de _____ de _____	

