



FICHA MÉDICA - INSCRIPCIÓN

FOTO

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? –	DOSIS –	HORARIO y PAUTAS –
	¿CUÁL? –	DOSIS –	HORARIO y PAUTAS –
	¿CUÁL? –	DOSIS –	HORARIO y PAUTAS –

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS –

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

D/D^a _____ con DNI número _____
(Nombre del padre/madre/tutor legal)

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: _____

(Nombre del niño/a o joven menor de edad)

A ASISTIR a todas las reuniones regulares organizadas por el kraal de responsables del Grupo Scout Católico Santa Ana, perteneciente a la Federación de Scouts Católicos de Andalucía y el Movimiento Scout Católico 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 en el entorno de Granada previa notificación a sus padres o tutores legales.

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 esculatismo 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.

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA: _____

