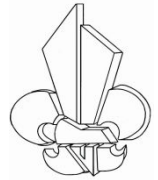




# Ficha de inscripción



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

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN PADRE: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN MADRE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PADRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MADRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE HERMANOS(incluyéndote a ti): \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: (para uso exclusivo de convocatorias, circulares, avisos/incidencias...)  
\_\_\_\_\_

ESTUDIOS (curso): \_\_\_\_\_ CENTRO: \_\_\_\_\_

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 Solar;

→ otorgo expresamente el consentimiento para la obtención y difusión de la imagen de mi representado 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 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

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

## **FICHA MÉDICA:**

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.

ALERGIAS Y TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ES PROPENSO A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VACUNACIONES (obligatoria vacuna del Tétanos):

Indicar si lleva las correspondientes a su edad SI [ ] NO [ ]

En caso negativo, indicar cuál le falta por administrar:

\_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? (Tratamiento) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACTUALMENTE ¿LLEVA ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTOS PARA DOLENCIAS HABITUALES:

DOLOR DE CABEZA: \_\_\_\_\_

NÁUSEAS/MAREOS: \_\_\_\_\_

ESTREÑIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIARREAS: \_\_\_\_\_

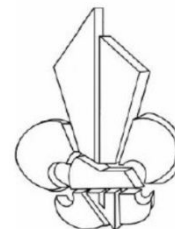
APRECIACIONES/CONSEJOS/INDICACIONES ESPECIALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_  
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.  
Así como, facilito su información médica a efectos de cualquier atención que pueda  
necesitar.

Firma:

\_\_\_\_\_

# LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL CLÁUSULA PARA INCLUIR EN LOS FORMULARIOS DE LOS SOCIOS



Grupo Scout Kiro  
www.scoutkiro.com  
Avda. Atalayas, 43  
Colegio Salesianos  
Apartado 29  
30110  
CABEZO DE TORRES  
MURCIA

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos personales recogidos en este documento se incluirán en un fichero bajo la responsabilidad de ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT KIRO 430, con la finalidad de poder gestionar las condiciones y ventajas de ser socio.

Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección, AVD/ATALAYAS 13, CABEZO DE TORRES. MURCIA o por correo electrónico a scoutkiro430@gmail.com

Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han estado modificados y que se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para utilizarlas a fin de poder cumplir con las obligaciones propias de las actividades de la asociación. También solicitamos su consentimiento para tratar datos relacionados con su salud sea preciso a sus especiales necesidades.

Igualmente y de acuerdo con lo que establece la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y siempre que no nos notifique lo contrario, solicitamos su consentimiento para utilizar las imágenes captadas, con la finalidad de publicarlas en nuestra web.

SÍ AUTORIZO el tratamiento de las imágenes de mi tutelado/a.

NO AUTORIZO el tratamiento de las imágenes de mi tutelado/a.

Mediante mi firma de constancia de la aceptación de todo lo expuesto anteriormente en este documento y de que soy conocedor/a de mis derechos y obligaciones según la normativa de protección de datos de carácter personal.

D./Dña....., con DNI.....,  
madre/padre/tutor/a de ..... con  
DNI..... . Cabezo de Torres. Murcia, a..... de  
..... de 20.....

Firma del interesado:

\_\_\_\_\_

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