



Hoja de Inscripción en el Grupo Scout Brownsea



DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE		APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DNI	
DIRECCIÓN			Nº
PTA.			
C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA	
TELÉFONO	E-MAIL		

DATOS DE LOS PADRES / TUTORES LEGALES

NOMBRE		APELLIDOS	
MÓVIL	E-MAIL	DNI	
NOMBRE		APELLIDOS	
MÓVIL	E-MAIL	DNI	

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS <input type="checkbox"/> D. / Dña. _____, Como madre / padre / tutor de _____
---	---

DECLARO:

1º.-Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.

2º.-Que cedo al Grupo Scout (perteneciente a una asociación miembro de la Federació d'Escoltisme Valencià) los derechos que tienen sobre su imagen cuando esta se reproduzca en fotografías y vídeos tomados en todas las actividades realizadas a través del grupo scout. En consecuencia, autorizo al Grupo Scout Brownsea a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y vídeos realizados en el marco de la presente autorización. Tanto las fotografías como los vídeos podrán reproducirse en todo soporte e integrados en cualquier otro material conocidos o por conocer. Las fotografías y los vídeos tomados podrán explorarse en todo el mundo y en todos los ámbitos, directamente por el grupo Scout o cedidas a terceros. Autorizo la utilización de su imagen en todos los contextos relativos al Grupo Scout Brownsea y el Escultismo.

Se entiende que el Grupo Scout Brownsea prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

El firmante reconoce por otra parte, no estar vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.

3º.- Conocer que mis datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiento expresamente.

Que, en cualquier momento, podré ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando mi personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, No 17, C.P. 46001, Valencia (Valencia).

_____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

Junto a este impreso será necesario adjuntar la fotocopia del DNI del tutor arriba firmante.



Ficha sanitaria del scout



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN LA QUE ESTÁ INSCRITO		
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TELÉFONO DE CONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENECE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
-----------------	----	-------------------------	-------------------------

ENFERMEDADES PASADAS

SARAMPIÓN HEPATITIS ASMA CARDÍACAS OTRAS: _____

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
OTRAS ALERGIAS	¿HA SIDO VACUNADO RECIENTEMENTE?

OTROS DATOS DE INTERÉS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD

DECLARO:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:
Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica

_____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. _____

como madre/padre/tutor de _____

DECLARO:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:
Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Declaro ser mayor de edad,

_____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____