



FICHA DE INGRESO

INSTRUCCIONES: Este documento debe ser revisado y firmado (apartado 5) anualmente. Para menores de edad, por el padre, la madre o el tutor legal del inscrito; para mayores de edad, por él mismo. Se ruega veracidad en los datos. La falsedad en cualquier información que se haga constar puede limitar o eliminar la oportunidad de participación en cualquier actividad del Grupo Scout.

1 DATOS PERSONALES IDENTIFICATIVOS

Unidad								
COLONIA	MANADA	TROPA	RED	CLAN	KRAAL	COLABORADOR		
Identidad								
Apellido 1:		Apellido 2:		FOTO RECIENTE				
Nombre:								
Nacimiento: / /		D.N.I. (si tiene):						
Nacionalidad:								
Centro Educativo:								
Padre o Tutor: D.		Actividad laboral:						
D.N.I.:		Actividad laboral:						
Domicilio habitual:								
C.P.:		Localidad:		Comunidad:				
Tel 1:		Tel 2:		Tel 3:				
Email 1:			Email 2:					

Seguro Médico	
<input type="checkbox"/> Seguridad Social: S.S.	Nº de Póliza:
<input type="checkbox"/> Seguro Privado:	Nº de Afiliación:

Forma de pago	Observaciones
<input type="checkbox"/> Presencial	Padre/Madre/Tutor es/fue Scout?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Transferencia	En caso afirmativo, ¿Dónde?:
	Personas autorizadas a recoger al inscrito:

2 HISTORIAL SCOUT (fechas a rellenar por la Asociación)

Colonia	Manada	Tropa	Red	Clan	Kraal
Ingreso:	Ingreso:	Ingreso:	Ingreso:	Ingreso:	Ingreso:
Promesa	Promesa	Promesa	Promesa	Promesa	Promesa
1ª paleta	1ª estrella	2ª clase	Integración	Aspirante	Jefaturas:
2ª paleta	2ª estrella	1ª clase	Compromiso	Escudero	
Keeo	Lobo rampante	Caballero scout	Animación Pionero S Jorge	R-S	Insignias madera:
Especialidades:	Especialidades:	Especialidades:	Competencias:	Estrella Técnica	
				Estrella Servicio	
				Expediciones	
				Proyectos	
				Rover Instructor	
				Rover BP	
Fecha de baja en la Asociación:					



3		DATOS SANITARIOS		
Estado físico actual				
Grupo Sanguíneo:	RH:	Talla:	m	Peso: kg
¿Esta carente de alguna vacuna?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Utiliza gafas o lentillas?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Utiliza aparato auditivo?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Utiliza algún aparato ortopédico?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Padece alguna incapacidad física?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Ha sufrido algún desmayo por esfuerzo?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Ha sufrido dolor torácico por esfuerzo?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Necesita alguna ayuda para nadar?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Se le excluye de alguna actividad?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
Patologías específicas				
¿Ha padecido estas enfermedades?		<input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Saranpión <input type="checkbox"/> Hepatitis: <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <input type="checkbox"/> Otra(s):		
¿Padece actualmente alguna enfermedad?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Padece alguna dolencia frecuentemente?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Cólico <input type="checkbox"/> Resfriado <input type="checkbox"/> Menstrual <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Otitis <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Padece algún trastorno del sueño?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Sonambulismo <input type="checkbox"/> Otro(s):		
¿Padece algún trastorno neurológico?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> T.D.A. <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Padece alguna enfermedad crónica?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
¿Recibe un tratamiento clínico específico?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		Cuál(es):		
Antecedentes familiares caso de presentar alguna de las siguientes enfermedades:		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otra(s):		



Alergias	
¿Es alérgico a algún alimento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál(es):
¿Es alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál(es): Tratamiento específico:
¿Es alérgico a algún insecto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál(es): Tratamiento específico:
¿Es alérgico a alguna planta o polen?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál(es): Tratamiento específico:
¿Padece alguna alergia adicional?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál(es): Tratamiento específico:

Dietas	
¿Sigue algún régimen o dieta alimenticia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuál(es): Tratamiento específico:
¿Se mantiene dicho régimen o dieta? (durante las actividades del Grupo Scout)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Gripe A (H1N1)	
¿Esta vacunado contra la gripe A?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha padecido la gripe A?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha padecido en el último mes los síntomas de fiebre (>38°) con tos, dificultad respiratoria, dolores musculares y de cabeza, diarrea o vómitos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Estuvo en contacto con personas que padecieron gripe A?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha viajado al extranjero en el último mes? :	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha realizado un chequeo médico en el último mes?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tuvo algún contacto (familiar, amigo, etc.) en el último mes con alguna enfermedad infecto-contagiosa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Otra información de interés
Hago saber que (observaciones médicas, crisis, hemorragia nasal, menstruación, mareo, digestión, deshidratación, etc):



5

CONFORMIDAD Y AUTORIZACION

VALIDEZ: RONDA SOLAR 20____ / 20____

Autorización a la participación y a la atención sanitaria en las Actividades del Grupo Scout

D./Dña. :
con D.N.I.: en calidad de padre, madre, tutor legal (táchese lo que no proceda)
del menor:

Declaro:

- Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad física ni impedimento moral para la realización y desarrollo normal de las actividades propuestas (reuniones semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades.
- Que informaré al equipo de Scouters responsables de cualquier variación de los mismos, en el tiempo de la Ronda Solar en curso, que afecte a actividades futuras.
- Que efectuaré los pagos del seguro anual y de las cuotas trimestrales que establezca el Grupo.
- Que el Grupo no se responsabiliza del inscrito en las horas o actividades ajenas a las propias de éste.

Autorizo:

- Al menor a darse de alta en la Asociación Scout Nómadas, a participar y a asistir a todas sus actividades (reuniones, rutas, acampadas y campamentos) de forma voluntaria y atendiendo a las reglas y estándares del Escultismo que los Scouters y la Asociación estimen pertinentes.
- A que se comparta la información contenida en este formulario con los Scouters de la Asociación y profesionales que necesiten tener conocimiento del estado físico o las condiciones médicas que puedan requerir consideración especial para la realización de las actividades de la Asociación.
- A los responsables de la actividad, como a los miembros designados como sanitarios de la misma a suministrar los medicamentos indicados según las indicaciones realizadas.
- A utilizar la información suministrada a los efectos que correspondan, de acuerdo con la Ley Orgánica de Tratamiento Automatizado de Datos Personales, si ha sido imposible mi localización. Y en este caso al médico seleccionado por el Scouter al cargo del asociado para asegurar que se proporcione el tratamiento adecuado (hospitalización, anestesia, cirugía, inyecciones de medicamentos) para el asociado, compartiendo con el Scouter referido los resultados y tratamientos proporcionados para su evaluación médica, seguimiento y comunicación con los padres/tutores, y determinación de la habilidad del participante de continuar activo.

Y para que así conste, firmo la presente autorización en _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo:

Autorización al uso de las fotografías obtenidas en las Actividades del Grupo Scout

D./Dña. :
con D.N.I.: en calidad de padre, madre, tutor legal (táchese lo que no proceda)
del menor:

Autorizo:

- A la Asociación Scout Nómadas, a utilizar, publicar y reproducir las imágenes (fotografías y películas) obtenidas durante sus actividades (reuniones, rutas, acampadas y campamentos) y en las que aparezca el referido menor, para ser utilizadas en los medios gráficos (publicaciones, posters, web, etc) del Grupo Scout Nómadas y la Asociación de Scouts Independientes de Madrid, renunciando al derecho de compensación.

Y para que así conste, firmo la presente autorización en _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo:



FORMACION DE UTILIDAD

La Asociación Scout Nómadas (perteneciente a la Asociación Scouts Independientes de Madrid – miembro de pleno derecho de la Word Federeation of Independent Scouts), en adelante “Grupo Scout Nómadas”, informa al socio o la socia y/o responsable legal del socio o de la socia (en adelante el socio y la socia) que:

Cláusula informativa sanitaria

Es recomendable que todos los jóvenes y adultos que son miembros sean sometidos a evaluaciones médicas anuales certificadas por un médico. A fin de proporcionar una mejor atención a jóvenes o adultos, quienes puedan enfermarse o lesionarse, y un mejor entendimiento de sus capacidades físicas recuerde que la información que aquí se recoge nos puede ser de mucha utilidad en caso de necesidad sanitaria o urgencia médica. El equipo de Scouters de unidad deberá proteger la privacidad de los datos aquí consignados, archivarlos para una consulta rápida y revisar el historial médico de los miembros que participen en las actividades para estar al tanto de las necesidades médicas y nutricionales de los jóvenes miembros de su unidad. La ingestión de medicamentos con receta es responsabilidad del adulto que toma el medicamento, del padre o tutor del individuo. Un Scouter, después de ser informado, puede aceptar tomar la responsabilidad de asegurarse que un niño tome un medicamento necesario en su cantidad y momento, pero la Asociación no estipula ni fomenta necesariamente que el Scouter asuma esta responsabilidad. Subraya además la importancia de seguir las indicaciones recomendadas por la OMS del índice de masa corporal (IMC) si la actividad supondrá una actividad intensa, como un raid de varios días, una ruta alpina con importantes desniveles, para la cual el Scouter tendrá atribuciones de eximir al miembro de su participación. En este sentido, y basado en la vasta experiencia de la comunidad médica, la Asociación ha identificado que los siguientes factores de riesgo pueden decidir su participación en varias actividades al aire libre:

exceso de peso / IMC	condiciones cardiacas	hipertensión
diabetes	ataques cerebrales	vacunación
asma	trastornos del sueño	alergias
lesiones musculares	lesiones óseas	dificultades neurológicas

Cláusula informativa (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)

La Asociación Scout Nómadas (perteneciente a la Asociación Scouts Independientes de Madrid – miembro de pleno derecho de la Word Federeation of Independent Scouts), en adelante “Grupo Scout Nómadas”, en cumplimiento del artículo 5. de la LOPD 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa al socio o la socia y/o responsable legal del socio o de la socia (en adelante el socio y la socia) que los datos personales que aporta en este documento serán incluidos en ficheros informatizados de datos de carácter personal titularidad de esta asociación, responsable del tratamiento y destinataria de los datos, siendo necesarios para el alta del socio o de la socia en la asociación, el desarrollo normal de las actividades como educando y el uso de las funcionalidades de su página web. El socio y la socia, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley, dirigiéndose por escrito a la Secretaria de la Asociación de Scouts Nómadas C/ Maestro Victoria nº22 Alcorcón – Madrid. El Grupo Scout Nómadas tiene la obligación de secreto de los datos y el deber de guardarlos, y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. En cualquier caso, el Grupo Scout Nómadas, garantiza al socio y la socia que en la utilización de sus datos personales se observarán escrupulosamente las obligaciones establecidas en el Real Decreto 1720/2007, de 2 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, así como en el restante ordenamiento aplicable donde se establecen garantías y cautelas en cuanto al tratamiento de los datos de carácter personal del socio y de la socia. Con objeto de proteger su intimidad, la información se incorporará al fichero del Grupo Scout Nómadas, utilizando medidas técnicas y legales que garanticen la confidencialidad e integridad en la transacción de sus datos personales. Las direcciones tanto postal como de correo electrónico se utilizarán para recibir notificaciones relacionadas con la asociación, así como comunicaciones relevantes. Su consentimiento para ello podrá ser revocado en cualquier momento.

Cláusula informativa (Ley 1/1982 Protección del Honor, la Intimidad y la Propia Imagen, y Ley 1/1996 Protección del Menor)

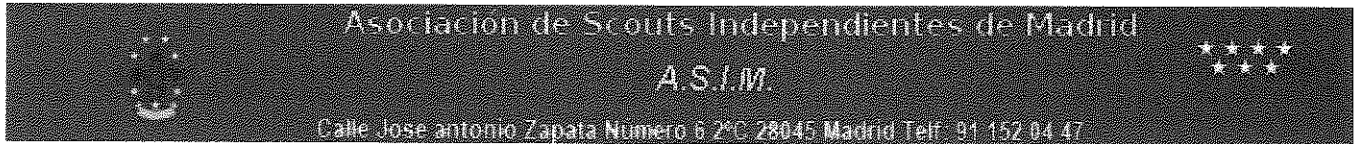
En cumplimiento de las leyes 15/1999 y 1/1996 la publicación de fotografías de menores pasa en primer lugar por el consentimiento del niño cuando éste tiene capacidad para otorgarlo -lo que según el Tribunal Supremo sucede en líneas generales a partir de los catorce años-, y si no la tiene, la autorización de sus padres o tutores legales. Por lo tanto, el Grupo Scout Nómadas necesita la autorización de los padres o tutores legales para poder publicar en su página web y en publicaciones las fotografías de los miembros menores de 14 años (Castores, Lobatos y Tropa). Su consentimiento para ello podrá ser revocado en cualquier momento.

RECUERDE QUE: es imprescindible adjuntar a esta documentación:

- Una fotografía del asociado actual y tamaño carnet
- Una fotocopia del DNI (si lo tuviese) del asociado
- Informe o certificado médico del asociado

Para más información:

<http://nomadas.wfis-madrid.org>



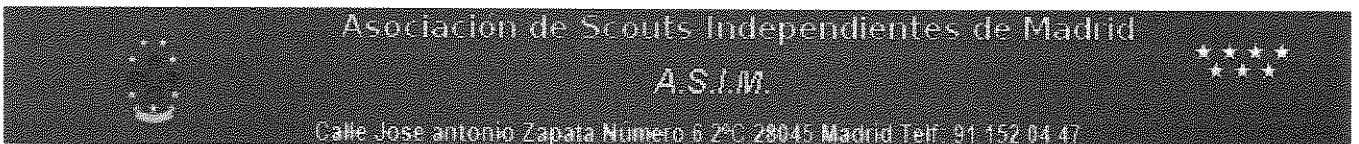
Grupo: _____ N° de Credencial: _____
Unidad: _____
Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ N° de DNI: _____
Dirección: _____ C. P.: _____
Telfs. de contacto: (1) _____ (2) _____ (3) _____
Nombre del Padre: _____
Nombre de la Madre: _____
E-Mail de contacto: _____

Firma: _____ En _____, a ____ de _____ de 20__

*Al firmar este impreso autorizo a mi hijo a participar en todas las actividades realizadas a nivel tanto asociativo como de grupo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, comprometiéndose a cumplir las normas establecidas por ambos organismos.
Los datos facilitados serán incluidos en una base de datos informatizada a fin de tramitar y gestionar el Seguro de Asociado. Puede ejercitar sus derechos de acceso, cancelación y rectificación en la dirección de la Sede Asociativa y en los locales de cada grupo asociado.

Asociación de Scouts Independientes de Madrid
N.I.F.: G-84849546

Ejemplar para Asociación



Grupo: _____ N° de Credencial: _____ Fotografía
Unidad: _____
Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ N° de DNI: _____
Dirección: _____ C. P.: _____
Telfs. de contacto: (1) _____ (2) _____ (3) _____ (del socio) _____
Nombre del Padre: _____
Nombre de la Madre: _____
E-Mail de contacto: (de los padres) _____ (del socio) _____

Firma: _____ En _____, a ____ de _____ de 20__

*Al firmar este impreso autorizo a mi hijo a participar en todas las actividades realizadas a nivel tanto asociativo como de grupo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, comprometiéndose a cumplir las normas establecidas por ambos organismos.
Los datos facilitados serán incluidos en una base de datos informatizada a fin de tramitar y gestionar el Seguro de Asociado. Puede ejercitar sus derechos de acceso, cancelación y rectificación en la dirección de la Sede Asociativa y en los locales de cada grupo asociado.

Asociación de Scouts Independientes de Madrid
N.I.F.: G-84849546

Ejemplar para el Grupo