



## GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO

### AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES RONDA SOLAR 2019/20

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b> DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN		
<b>DNI/NIE (si lo tuviera):</b> Y1234567-V	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 18/08/2012	<b>SECCIÓN:</b> CASTORES
<b>CORREO ELECTRÓNICO CONTACTO:</b> nicosduty@gmail.com		
<b>TELÉFONO 1:</b>	<b>TELÉFONO 2:</b> 647442065	<b>TELÉFONO 3:</b>

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_  
madre/padre/tutor/a legal de la persona arriba nombrada, miembro del Grupo Scout GAIA DE PINTO hago constar:

- ☐ Autorizo que asista a todas las actividades (incluidas acampadas y excursiones) que organiza el Grupo Scout GAIA DE PINTO durante la Ronda **2019/20**
- ☐ Autorizo que sea sometido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda a fin de preservar o restablecer su salud, ya poder suministrarle el medicamento que le ha facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado.
- ☐ Autorizo al equipo de scouters (monitores/as) del Grupo Scout GAIA DE PINTO para que pueda trasladarle/a en vehículo privado en aquellos casos en que el equipo lo considere necesario por motivos de salud o coordinación.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para participar en las actividades del Grupo Scout GAIA DE PINTO.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: (<https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>).

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.





## GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO

### AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RONDA SOLAR 2019/20

En las actividades del GS GAIA DE PINTO no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna. Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_, como madre/padre o tutor/a legal de: **DANIEL GONZALEZ GALLEG0 MARTIN**

que forma parte de la sección: **CASTORES**

**SOLICITO Y AUTORIZO** al equipo de monitores/as del GS GAIA DE PINTO para que administren la medicación siguiente:

Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario.

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros

☐ Apiretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:

☐ Paracetamol comprimidos. Dosis:

☐ Dalsy 40ml/mg o ☐ Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:

☐ Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pauta da por su médico:

Medicamento: \_\_\_\_\_ la siguiente dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ la siguiente dosis: \_\_\_\_\_

(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o **NO** queréis que le sean administrados? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, ¿cuáles?

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la presente autorización

Y para que conste, firmo la presente autorización.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la presente autorización

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



# GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO

## AUTORIZACIÓN DE RONDA 2019/20 PARA VOLVER SOLOS

Yo, D<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor del educando **DANIEL GONZALEZ GALLEG0 MARTIN**, autorizo a mi hijo/a a que pueda regresar a casa después de las reuniones en el local sin la necesidad de estar acompañado por un adulto, eximiendo al Grupo Scout Gaia de Pinto de cualquier responsabilidad de cualquier hecho que ocurriera después de abandonar el lugar de la reunión.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma, si lo hubiera, de la autorización para volver solos.

SECCIÓN: **CASTORES**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.









# GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO

## AUTORIZACIÓN CESIÓN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ madre/padre/tutor/a legal de **DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN** autorizo al GS GAIA DE PINTO a ceder a ASDE Exploradores de Madrid, a la Federación de Scouts Exploradores de España (ASDE) y a otros órganos de la Administración Pública en el caso de que así fueran requeridos, los siguientes datos de carácter personal de mi hijo/a:

Nombre y apellidos **DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN**

DNI/NIE **Y1234567-V**

Fecha de nacimiento **18/08/2012**

Dirección Postal **FALTA**

Teléfono /s **647442065**

Correo electrónico **nicosduty@gmail.com**

☐ Asimismo, autorizo a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.

☐ NO autorizo a que dichos datos sean archivados como "Antiguos/as socios/as" si cursa baja de la asociación en un futuro.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la autorización para la cesión de datos de carácter personal.

SECCIÓN: **CASTORES**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.









# GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO

## AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN DE NIÑAS Y NIÑOS

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido por el artículo 18.1 de la Constitución y está regulado por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, el grupo scout os solicita vuestro consentimiento para poder publicar las imágenes del niño/a en las cuales aparezca, bien sea de manera individual o en grupo y que con carácter pedagógico se realicen en el desarrollo de cualquiera de las actividades del mismo.

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_

Como padre/madre o tutor/a del niño/a **DANIEL GONZALEZ GALLEG0 MARTIN**  
Sección: **CASTORES**

- ☐ Autorizo al Grupo Scout GAIA DE PINTO
- ☐ No autorizo al Grupo Scout GAIA DE PINTO

Para que la imagen del/la menor pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades organizadas por el Grupo Scout, ASDE Exploradores de Madrid y Federación de Scouts-Exploradores de España (ASDE) y publicadas en:

- Páginas Web y redes sociales de carácter educativo y divulgativo.
- Videos y fotografías destinadas a difusión educativa no comercial.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la cesión de los derechos de imagen

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout y la difusión de las mismas y del Escultismo, gestionar la justificación de subvenciones. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.





# GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO

## FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDOS	DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN		
GRUPO SANGUÍNEO/RH		FECHA NACIMIENTO	18/08/2012
Nº SEGURIDAD SOCIAL		OTROS SEGUROS	
TELÉFONOS DE CONTACTO	1)	2) 647442065	3)

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA					
Sarampión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Rubéola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Varicela	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Paperas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros					

ALERGIAS			
¿A qué? (Medicamentos, alimentos, animales, plantas, etc)	- - - - -	Síntomas	
Tratamiento (Nombre del medicamento y posología)		Observaciones	

<b>ENFERMEDADES DE INTERÉS</b> (asma, diabetes, etc.)	
<b>¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?</b>	
<b>Descripción de los síntomas</b>	
<b>Tratamiento</b> (nombre del medicamento y posología)	
<b>NECESIDADES EDUCATIVAS O DISCAPACIDAD</b>	
<b>ASPECTOS A RESEÑAR SOBRE SU PERSONALIDAD</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN</b>



<b>TRATAMIENTOS MÉDICOS</b>		
¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente)		
<b>MEDICACIÓN</b>		
¿Se medica regularmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>TRATAMIENTO</b> (nombre del medicamento y posología)		
<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b> (Tipo y fecha)		
<b>EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES...</b> (Nombre y fecha aproximada)		
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN</b>	

<b>OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES</b>	
Como por ejemplo: Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor, etc..	
<b>Descripción de los síntomas</b>	
<b>Tratamiento (nombre del medicamento y posología)</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN</b>

☐ No oculto información médica relevante de mi hijo/a al Grupo Scout Gaia de Pinto  
Yo, \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ entrego los siguientes documentos:

- ☐ **Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar**  
☐ **Copia Cartilla Vacunación**  
☐ **Otros informes o documentos** \_\_\_\_\_

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la presente ficha médica.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la participación en las actividades del grupo y garantizar su salud y la atención médica, en caso de urgencia. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



# GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO 458

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

### Datos Personales de la persona asociada

Nombre	DANIEL	Apellidos	GONZALEZ GALLEGO MARTIN		
Fecha de Nacimiento	18/08/2012	DNI/NIE	Y1234567-V		
Domicilio	FALTA				
C. P	FALTA	Localidad	FALTA	Provincia	FALTA
Teléfonos	647442065				
Email	nicosduty@gmail.com				

### Datos de la madre, el padre o los tutores legales

Nombre y apellidos de la madre:	
DNI/NIE	Email
Teléfonos	

Nombre y apellidos del padre:	
DNI/NIE	Email
Teléfonos	

### A rellenar por el Grupo Scout

Nº de Credencial	FALTA
Sección	CASTORES
Fecha de ingreso	

En caso de padres separados el niño convive habitualmente con: PADRE: ☐ MADRE: ☐

La documentación se debe enviar a PADRE: ☐ MADRE: ☐ AMBOS: ☐

Observaciones:

En caso de baja se debe informar al grupo al menos 10 días antes de fin de mes para retirar la domiciliación bancaria. En caso contrario se pasará el recibo del mes.

Asimismo, declaro haber informado al otro progenitor no presente en la firma de la ficha de inscripción.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout GAIA DE PINTO. | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** No se cederán datos a terceras personas, salvo autorización expresa u obligación legal | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.



## Autorización para cargar en cuenta recibos domiciliados

DATOS DE CUENTA DE CARGO:																							
Nombre del/la Titular																							
NIF/NIE																							
IBAN:																							
CÓDIG O PAÍS		DÍGITO CONTROL IBAN		ENTIDAD				OFICINA				DÍGITO CONTROL				NÚMERO DE CUENTA							
Correspondiente al/la scout:				DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN																			
Sección:				CASTORES																			

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del/la Titular

Cortar por la línea

(Copia para la entidad bancaria)

## Autorización para cargar en cuenta recibos domiciliados

Por la presente les comunico que, hasta nueva orden, y partir de la fecha, doy mi conformidad para que sean cargados (periodicidad) en concepto (definir: cuotas, campamentos, etc), los recibos emitidos por **GRUPO SCOUT GAIA DE PINTO con CIF G86023769** en la cuenta a continuación indicada:

Nombre del/la Titular																							
NIF/NIE																							
IBAN:																							
CÓDIGO PAÍS		DÍGITO CONTROL IBAN		ENTIDAD				OFICINA				DÍGITO CONTROL				NÚMERO DE CUENTA							
Correspondiente al/la scout:				DANIEL GONZALEZ GALLEGO MARTIN																			
Sección:				CASTORES																			

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del/la Titular

**RESPONSABLE:** Grupo Scout GAIA DE PINTO | **FINALIDAD PRINCIPAL:** gestionar la relación y las necesidades para la membresía y la participación en las actividades del Grupo Scout | **LEGITIMACIÓN:** consentimiento de la persona interesada | **DESTINATARIOS/AS:** Grupo Scout GAIA DE PINTO, Entidad Bancaria | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en: <https://gruposcoutgaia458.es/aviso-legal/>

☐ Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal.

