

Scouts Católicos d'Aragón mSc

(NO RELLENAR LOS ESPACIOS EN GRIS)

NOMBRE Y APELLIDOS

GRUPO

RAMA

NOMBRE RAMA

Nº DE SOCIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

D.N.I.

TELÉFONO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DIRECCIÓN



NOMBRE PADRE

TELÉFONO PADRE

NOMBRE MADRE

TELÉFONO MADRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Este apartado es MUY IMPORTANTE)

Tratamiento Enfermedades

<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Jaquecas <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Mareos	Otras Enfermedades Crónicas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---	--

ALERGIAS

Otras Alergias

Tratamiento Alergias

<input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Pelo de Animales <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos <input type="checkbox"/> Lactosa <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Mercromina <input type="checkbox"/> Yodo	Otras Alergias <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	--

MIEDOS

Otros Miedos

<input type="checkbox"/> Altura <input type="checkbox"/> Oscuridad <input type="checkbox"/> Agua	Otros Miedos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

VACUNAS

Fecha Vacunación

Otras Vacunas

<input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Cuadrupe	Fecha Vacunación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Otras Vacunas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	---

NO PUEDE COMER

(Indicar el alimento que no puede comer y explicar las razones de por que no puede hacerlo)

  
  
  
  


OTROS DATOS DE INTERÉS

  
  
  
  


IMPORTANTE:

- Adjuntar Fotocopia de la Tarjeta de la Seguridad Social (Cartilla del Medico) (Recordar que en cualquier SALIDA o CAMPAMENTO ES NECESARIO EL ORIGINAL)
- Adjuntar Fotocopia de la Cartilla de Vacunaciones (Actualizada).
- Indicar si el chico/a lleva un régimen especial de alimentación, si es así adjuntar una fotocopia.

**La persona firmante DECLARA, bajo su responsabilidad, que los datos médicos reseñados en esta ficha SON CIERTOS, NO HABIENDO OCULTADO INFORMACIÓN, quedando enterada de la OBLIGATORIEDAD de mantener esta ficha ACTUALIZADA, notificando los cambios pertinentes tan pronto se produzcan.**

Firma del Socio o del Tutor legal (en caso de ser menor de edad):

A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Continúa al dorso >>>>

## AUTORIZACION

D. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

PADRE/MADRE/TUTOR DE \_\_\_\_\_

AUTORIZO POR LA PRESENTE A:

- Que los educadores responsables de la actividad, en situaciones que afecten a la salud de mi hijo, administren de acuerdo a las indicaciones médicas recibidas, el tratamiento prescrito por facultativo.

**En caso de no estar de acuerdo con el anterior apartado, marcar la casilla siguiente:**

- No autorizo y hago constar explícitamente que en caso de darse la situación anteriormente expuesta, la Entidad queda exonerada de toda responsabilidad.**

Firma:

- Del mismo modo y en previsión de situaciones de urgencia medico-sanitaria, tales como intervenciones quirúrgicas o casos de urgencia inmediata, autorizo a los educadores responsables de la actividad a prestar su consentimiento a las mismas en caso de extrema gravedad siempre y cuando medie la imposibilidad de contactar y recabar previamente dicha autorización o consentimiento a los progenitores o tutores.

**En caso de no estar de acuerdo con el anterior apartado, marcar la casilla siguiente:**

- No autorizo y hago constar explícitamente que en caso de darse la situación anteriormente expuesta, la Entidad queda exonerada de toda responsabilidad.**

Firma: