



AUTORIZACIÓN CAMPAMENTO DE VERANO 2021

Yo, D./Dña. _____ con D.N.I. _____, perteneciente al Grupo Scout La Salle Puerto Real, de la Asociación de Scout Católicos de Cádiz y Ceuta a que participaré en el campamento scout cuyos datos se mencionan a continuación y del cual sus responsables me han informado en todos los detalles.

Lugar de realización del campamento: Campamento Los Negros, Carretera JF - 7038, km 3,5

Fechas de realización del campamento: 1 – 11 de agosto de 2021

De igual forma, autorizo bajo mi responsabilidad, a los responsables del Grupo Scout La Salle, para que, en caso de accidente o enfermedad que requiera algún tipo de tratamiento médico o intervención quirúrgica urgente puedan tomar la decisión oportuna. Se deberá tener en cuenta las siguientes atenciones especiales (régimen alimenticio, alergias, medicación,...):

Lo hago constar en _____ a ____ de _____ de 2021

Firmado:

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: _____

Declaro conocer que mis datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de la Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, creado con la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de la Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, 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 Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, Calle Hospital de Mujeres 26, duplicado, 11001, Cádiz.

ASOCIACIÓN DE SCOUTS CATÓLICOS DE CÁDIZ y CEUTA

C.I.F: R - 1100535B C/ Hospital de Mujeres 26, duplicado - 11001 Cádiz

E-mail: asociación@scoutsdecadiz.es <http://www.scoutsdecadiz.es>





CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PDIA (PRUEBA DE DIAGNÓSTICA DE INFECCIÓN ACTIVA)

D/Dña. _____
con DNI/NIE _____, Fecha de nacimiento _____
perteneciente al Grupo Scout La Salle de Puerto Real.

Teléfono móvil _____

Nº de tarjeta sanitaria _____

Consiente

- Que se le realice la PDIA (Ag/PCR) en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.
- La infección por COVID-19 es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que el resultado debe notificarse a las Autoridades Sanitarias competentes del Servicio Andaluz de Salud, dando autorización con la firma de este documento a la transmisión de sus datos personales, con la finalidad del seguimiento y control de la pandemia por coronavirus.

IMPORTANTE.- Esta prueba indica la situación actual (en el día y hora en el cual se ha realiza la prueba) por lo que es muy importante que se siga tomando las precauciones recomendadas para evitar posibles contagios.

Lo hago constar en _____ a ____ de _____ de 2021

Firmado:

Declaro conocer que mis datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de la Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, creado con la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de la Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, 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 Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, Calle Hospital de Mujeres 26, duplicado, 11001, Cádiz.

ASOCIACIÓN DE SCOUTS CATÓLICOS DE CÁDIZ y CEUTA

C.I.F: R - 1100535B C/ Hospital de Mujeres 26, duplicado - 11001 Cádiz

E-mail: asociación@scoutsdecadiz.es <http://www.scoutsdecadiz.es>





DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EL DESPLAZAMIENTO DE FAMILIAR O ALLEGADO/A O TUTOR/A AL LUGAR DE REALIZACIÓN DEL CAMPAMENTO PARA LA RECOGIDA DEL/LA PARTICIPANTE EN CASO DE PRECISAR AISLAMIENTO O CUARENTENA POR COVID-19

Yo, _____, con DNI _____
Mail _____, Teléfono _____

MANIFIESTO que bajo mi responsabilidad como familiar o allegado/a o tutor/a:

1. Me desplazaré al lugar de realización del campamento para trasladar a _____ a su residencia habitual, con el objeto de cumplir el aislamiento o la cuarentena que le ha sido prescrita por razones de Salud Pública.

DECLARO que dicha residencia se encuentra ubicada en:

CALLE _____ MUNICIPIO _____

ME COMPROMETO a realizar dicho traslado en transporte privado tomando las medidas de precaución y distanciamiento estipuladas, realizando el trayecto más corto posible y evitando cualquier parada en ruta que no sea estrictamente necesaria. El medio de transporte utilizado será (especificar vehículo, matrícula y conductor):

2. No es posible el traslado en vehículo privado al lugar de residencia habitual, por lo que me desplazaré al lugar de realización del campamento para hacerme cargo de que _____ cumpla el periodo de aislamiento o cuarentena que le ha sido prescrita por razones de Salud Pública en un lugar que garantice las medidas de aislamiento o cuarentena.
3. ME COMPROMETO a informar de cualquier modificación relevante, acontecimiento adverso o incidente que pudiese producirse.

AUTORIZO el uso de los datos personales facilitados a las Consejerías de Sanidad de la Comunidades Autónomas de Andalucía, con fines estrictamente clínicos y de salud pública.

En _____ a _____ de _____ de 2021.

Fdo.:

Declaro conocer que mis datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de la Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, creado con la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de la Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, 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 Asociación de Scouts Católicos de Cádiz - Ceuta, Calle Hospital de Mujeres 26, duplicado, 11001, Cádiz.

ASOCIACIÓN DE SCOUTS CATÓLICOS DE CÁDIZ y CEUTA

C.I.F: R - 1100535B C/ Hospital de Mujeres 26, duplicado - 11001 Cádiz

E-mail: asociación@scoutsdecadiz.es <http://www.scoutsdecadiz.es>

