



DATOS PERSONALES DEL SCOUT

Fecha de cumplimentación: ___/___/_____

Nombre y Apellidos: _____

Sexo (V/H): _____ Fecha Nacimiento ___/___/_____ DNI _____

Domicilio: _____

Población: _____



DATOS DEL PADRE/TUTOR:

Nombre y Apellidos _____

DNI _____

DATOS DE LA MADRE/TUTORA:

Nombre y Apellidos _____

DNI _____

TELÉFONOS DE CONTACTO: (Indicar a quién pertenecen)

1) _____

2) _____

3) _____

DATOS MÉDICOS DEL SCOUT:

1. Vacunaciones (Reseñar las propias de la edad que falten por recibir)
2. Antecedentes Personales:
 - Físicos: (Deficiencias –sordera, ceguera, problemas motores-, enfermedades significativas...)

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 – CEUTA

C.I.F: R – 1100535B

C/ Hospital de Mujeres 26, duplicado – 11001 Cádiz

E-mail: asociación@scoutsdecadiz.es

<http://www.scoutsdecadiz.es>



- Psíquicos: (Irritabilidad, nerviosismo, hiperactividad, sonambulismo...)

3. Grupo Sanguíneo y RH:

4. ¿Sigue Tratamiento por Alguna Enfermedad? (Explicar lo más detalladamente posible qué enfermedad y qué tratamiento)

5. Alergias (Reseñar cualquier tipo de alergia)

6. Otras Observaciones

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de las actividades.

AUTORIZO:

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

En _____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

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 – CEUTA

C.I.F: R – 1100535B

C/ Hospital de Mujeres 26, duplicado – 11001 Cádiz

E-mail: asociación@scoutsdecadiz.es

<http://www.scoutsdecadiz.es>

