



Nº SOCIO: _____

FOTO

DATOS DEL SCOUT

NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
DNI	
DIRECCIÓN	
CÓDIGO POSTAL	
POBLACIÓN	
TELEFONO FIJO Y MÓVIL	
E-MAIL	
Nº HERMANOS	
LUGAR QUE OCUPA	
ESTUDIOS/TRABAJO	
COLEGIO/UNIVERSIDAD/GRADO	
FECHA DE INGRESO	
¿CÓMO NOS HAS CONOCIDO?	
FECHA DE BAJA Y MOTIVO	

DATOS DE LOS PADRES

PADRE

NOMBRE PADRE	
PROFESIÓN	
TELEFONO MOVIL	
CORREO ELECTRÓNICO	

MADRE

NOMBRE MADRE	
PROFESIÓN	
TELEFONO MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO	



FICHA MÉDICA

NOMBRE _____ **APELLIDOS** _____

Teléfono de contacto _____

SEGURO MÉDICO AL QUE PERTENECE

TITULAR _____ Nº de Afiliación _____

¿PADECE ALGUNA CLASE DE ALERGIA? Si padece alguna, indique cual y la causa o causas que la originan.

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO? Si sigue alguno, indique cuál es y la forma de administrárselo.

¿NECESITA UNA DIETA ALIMENTICIA U OTRO REQUERIMIENTO ESPECIAL?

¿QUÉ VACUNAS TIENE?

-

-

-

Antitetánica: _____ (En este caso, anote la fecha en que se la pusieron)

Zaragoza, ____ de _____, de _____.
Firmado _____ (padre/madre/tutor)

En cumplimiento del RGPD UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos médicos anteriormente señalados pasarán a formar parte de los sistemas de información de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 y de ASDE - SCOUTS DE ARAGÓN cuya finalidad es la planificación de las actividades y la comunicación de estos datos al personal sanitario habilitado en caso de emergencias.



AUTORIZACIÓN

D. _____ (*nombre y apellidos del padre, madre o tutor*), como _____ (*padre, madre o tutor*) en nombre y representación de _____ (*nombre y apellidos del educando/a*), manifiesta que **CONOCE Y ACEPTA** los Estatutos, Proyecto Educativo y Reglamento Interno de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649, con CIF 99422586- G , la cual es miembro de ASDE-Scouts de Aragón, con CIF G50169788 y le **AUTORIZA** a inscribirse en la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 y a participar en todas las actividades programadas por los educadores de dicha Asociación.

ADJUNTA rellena la Ficha Médica del Grupo, y **CERTIFICA** que la información médica citada en esa ficha es real y confidencial; y por el bien del scout informa con esto a los responsables de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 de cualquier problema de salud que pudiera tener, asumiendo la responsabilidad en caso de no habérselo hecho llegar a ellos.

ADJUNTA la documentación necesaria del seguro médico de su representado para que reciba atención sanitaria en cualquier centro de salud u hospital.

AUTORIZA a que se adopten las decisiones médico-quirúrgicas que fueran necesarias en caso de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente.

En cumplimiento del RGPD UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos personales pasarán a formar parte de los sistemas de información de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 y de ASDE - SCOUTS DE ARAGÓN cuya finalidad es la gestión de los datos de los socios para su coordinación integral y control.

La legitimación del tratamiento se basa en la aplicación del artículo 6.1a del citado RGPD, por la que el interesado otorga a la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 y a ASOCIACIÓN ASDE - SCOUTS DE ARAGÓN el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales. Los datos que nos ha proporcionado se conservarán mientras no solicite su supresión o cancelación y siempre que resulten adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario para los fines para los que sean tratados.

Sus datos no serán comunicados a terceros salvo en las excepciones previstas por obligaciones legales.

Autorizo la captación y difusión de imágenes durante las actividades y a que ambas entidades puedan remitirme información relacionada con sus actividades.

Podrá ejercitar su derecho a solicitar el acceso a sus datos, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento, la oposición del tratamiento o la portabilidad de los datos, dirigiendo un escrito junto a la copia de su DNI a en la siguiente dirección: gruposcoutsantaengracia@gmail.com

Zaragoza, ____ de _____ de _____.

Firmado _____ (padre/madre/tutor)



AUTORIZACIÓN DE CARGOS EN CUENTA BANCARIA

D. /Dña.: _____

con DNI nº: _____

AUTORIZA a la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649, con NIF:G-99422586 y domicilio en c/Castellano nº1, a que gire, en el número de Cuenta Bancaria especificada en esta autorización, los recibos correspondientes a las cuotas por las actividades de su hijo/a en dicha Asociación durante el tiempo que sea miembro de la misma, según lo exigido por la Ley de Servicios de Pago 16/2009 B.O.E. de fecha 14-11-2009.

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

Nombre de la Entidad: _____

Domicilio de la Entidad: _____

Titular de la cuenta: _____

Número de cuenta – IBAN:

ES _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

Y para que así conste, firmo la presente en Zaragoza, ____ de _____,
de _____.

Firma del declarante _____ (padre/madre/tutor)

En cumplimiento del RGPD UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos personales pasarán a formar parte de los sistemas de información de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 con la finalidad de mantener la relación administrativa.

Podrá ejercitar su derecho a solicitar el acceso a sus datos, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento, la oposición del tratamiento o la portabilidad de los datos, dirigiendo un escrito junto a la copia de su DNI a en la siguiente dirección: gruposcoutsantaengracia@gmail.com