



Sección C L S E R

Talla camiseta

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:/...../..... Edad:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfonos de contacto:

..... preguntar por:

..... preguntar por:

..... preguntar por:

Dirección familiar durante la estancia:

AUTORIZACIÓN

D./D^a:, con D.N.I n^o:, como Padre, Madre o Tutor del menor anteriormente citado, autorizo su asistencia al Campamento que organiza el Grupo Scout Timbiras-Escotes Valencians Ciutat de Valencia, los días 1 al 15 de agosto de 2014 en "El Charcazo", Corral de Calatrava (Ciudad Real) y realice el programa de actividades previsto.

Igualmente, autorizo a los responsables del campamento, en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones médico-quirúrgicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

Del mismo modo, autorizo que el menor pueda realizar desplazamientos, a través de los servicios de transporte municipales y/o vehículos particulares o alquilados de que se disponga desde la Coordinación o el equipo de Scouters responsables del campamento y así lo requieran las actividades diseñadas.

En Valencia, a de de 2014

Firma

INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento
-/...../.....

¿Tiene alergia a algún alimento, medicina, o.....? No Si (si es que sí, enuméralas)

-

-

¿Ha recibido todas las vacunas correspondientes a su edad?
Sí No

Nombre del medicamento a ser suministrado en el campamento:
-

Dosis:	¿A qué hora debemos suministrarla?
-	-

Nombre del medicamento a ser suministrado en el campamento:
-

Dosis:	¿A qué hora debemos suministrarla?
-	-

Observaciones:

En caso de necesitar paracetamol ¿Qué dosis debe tomar?	En caso de ibuprofeno ¿Qué dosis debe tomar?
--	---

AUTORIZACIÓN SUMINISTRO MEDICAMENTOS EN EL CAMPAMENTO

D./D^a:, con D.N.I n^o: autorizo a la persona/as encargada/as del botiquín, le suministre/n al acampado antes citado la medicación arriba descrita durante el campamento, atendiendo mis indicaciones o cualquier medicamento que recetase el facultativo, en caso de acudir por necesidad a la consulta del médico.

Firma

Clausula informativa (art. 5.1 de la LOPD)

*A efectos de lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que los datos recogidos en esta ficha sean incluidos en un fichero del que es titular la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT TIMBIRAS, con domicilio en la Calle Llanera de Ranés, N^o 30 Bajo 46017 (Valencia) y puedan ser utilizados con la finalidad de desarrollar las actividades programadas en el campamento. Declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar dirigiéndome por escrito en el domicilio anteriormente citado.