

¡Bienvenidos!

Os dejamos la documentación necesaria para apuntarse a esta nueva ronda 2019/2020.

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DE CUOTAS: El ingreso podéis hacerlo en el siguiente número de cuenta:

ES42 0075 7007 8506 0801 0326 (Santander)

Es muy importante que pongáis el **NOMBRE DEL NIÑO Y UNIDAD** en el concepto.

Pago según hermanos:

Miembros	1 niño	2 niños	3 niños
Importe:	120€	200€	285€
Pago fragmentado:	60€/60€	100€/100€	142,50€/142,50€

PLAZOS: Podéis pagar la cuota en dos plazos:

-1º Plazo: finaliza el **miércoles 6 de noviembre**

-2º Plazo: finaliza el **miércoles 4 de marzo**

* Os recordamos que en las cuotas anuales van incluidas las papeletas de Scouts de Madrid.

DOCUMENTOS A ENTREGAR: Una vez hecho el ingreso, entregarás al **coordinador de unidad**:

- Inscripción ronda Grupo Scout Tallac.
- Ficha médica.
- Autorización de medicamentos.
- Autorización anual de participación en actividades.
- Autorización ley de protección de datos y fotografías.
- Foto del niño para la ficha.

Por último, comunicaros que la **fecha tope** para entregar estos papeles será el **9 de noviembre**.

Esperamos que sea un año cargado de grandes sorpresas y aventuras.

Muchísimas gracias.

El Kraal.



INSCRIPCIÓN RONDA GRUPO SCOUT TALLAC

UNIDAD (MARQUE CON UNA CRUZ)



Castores (2013/2012/2011)



Lobatos (2010/2009/2008)



Rutas (2001...)



Rangers (2007/2006/2005)



Pioneros (2004/2003/2002)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
FECHA NACIMIENTO: _____ DNI/NIE: _____ NACIONALIDAD: _____
TIPO DE VÍA: _____ NOMBRE VÍA: _____
N.º: _____ PISO: _____ PUERTA: _____ C.P.: _____
LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
NACIONALIDAD: _____

¿AÑO DE ENTRADA EN EL GRUPO? _____ UNIDAD: _____

¿HERMANOS EN EL GRUPO? _____ ¿EN QUE UNIDAD/ES? _____

NOMBRE PADRE/TUTOR: _____ DNI/NIE: _____
TELÉFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____
PROFESIÓN: _____

NOMBRE MADRE/TUTORA: _____ DNI/NIE: _____
TELÉFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____
PROFESIÓN: _____

FICHA MEDICA

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

PESO: _____ **TALLA:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

ENFERMEDADES

Tiene o ha tenido enfermedades de: **(por favor amplía y especifica en observaciones)**

	SI	NO		SI	NO
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda y articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estómago, intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OBSERVACIONES

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas de relevancia **(por favor amplía y especifica)**

ALERGIAS

Es alérgico a: **(por favor amplía y especifica)**

- Alimentos: _____
- Medicamentos: _____
- Animales: _____
- Plantas: _____
- Otros: _____

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Esta ficha está hecha con el fin de autorizar a los monitores a proporcionar los medicamentos que vuestros/as hijos/as necesiten tanto en el caso de enfermedades permanentes, crónicas, como en el caso de algún dolor/enfermedad puntual.

MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES PERMANENTES/CRÓNICAS

Enfermedad: _____ Medicamento: _____ Dosis: _____

Enfermedad: _____ Medicamento: _____ Dosis: _____

Enfermedad: _____ Medicamento: _____ Dosis: _____

MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES PUNTUALES

Para medicamentos como Ibuprofeno, Dalsy, Apiretal, Paracetamol... **necesitamos tener por escrito que nos autorizáis a dárselo**. Para dolores puntuales autorizo: **(indicar medicamento y dosis)**

- Si a mi hija o hijo le duele la cabeza (indicar medicamento y dosis) _____

- Si a mi hija o hijo le duele la tripa (indicar medicamento y dosis) _____

- Si mi hija o hijo tiene dolores musculares (indicar medicamento y dosis) _____

- Si tiene otro tipo de dolores (indicar cuáles, medicamento y dosis) _____

En Madrid a _____ de _____ 201_

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTORA



AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS Y FOTOGRAFÍAS

Como sabéis en nuestra página web: www.tallac.org, Facebook, Instagram, Twitter y canal de YouTube. colgamos fotos de todas nuestras actividades y para ello necesitamos vuestra autorización. También, para el tratamiento de información y datos personales o fotografías de vuestros hijos/as usaremos almacenamiento en la nube de Google Drive. Es por ello necesario aceptar la ley de protección de datos (LOPD) que podréis consultar en la página oficial del BOE o en el aviso legal de Google para más información.

Yo D. ^a _____, con DNI nº _____

y/o D. _____, con DNI nº _____

acepto que se guarde información relacionada con mi hijo/a de cara a las actividades y que las fotos en las que aparezca el autorizado, puedan exponerse en los espacios destinados del Grupo Scout Tallac,

En Madrid a ____ de _____ de 201__

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTORA



AUTORIZACION ANUAL DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES

D./D^a _____, con DNI/NIE/Pasaporte N^o _____

Y D^o/D^a _____, con DNI/NIE/Pasaporte N^o _____

como tutores legales de _____, con DNI/NIE/ Pasaporte

N^o _____, aseguramos haber leído y dado nuestra total conformidad a todos y cada uno de los

siguientes puntos:

1. Autorizo al menor bajo mi tutela a participar en todas las actividades organizadas por el Grupo Scout Tallac dentro del año escolar 201_/202_, siempre y cuando haya sido informado adecuadamente de la actividad a través de un formulario recibido por el grupo de padres/madres de WhatsApp y confirme la asistencia e inscripción del menor a sus responsables con la cumplimentación del mismo. Es por ello que, OTORGO/OTORGAMOS EXPRESAMENTE permiso para su participación en las actividades realizadas en el recinto de la parroquia Sta. Luisa de Marillac como fuera del mismo, incluyendo aquellas realizadas fuera de la Comunidad Autónoma de Madrid, entre las que se encuentran: Reuniones semanales en sus locales, excursiones de duración inferior a 24 horas, salidas y acampadas con pernocta y campamentos de verano.

En caso de custodia compartida, si tales tutores han proporcionado los datos pedidos en el documento "Inscripción a ronda Grupo Scout Tallac", serán informados de las salidas, excursiones y acampadas, de duración inferior y superior a 24 horas, a través de los formularios enviados por los grupos de WhatsApp de padres/madres y podrán cumplimentarlo ambos si así lo desean, aunque nos valdrá con uno. Si por cuestiones ajenas al grupo, algún progenitor no ha sido informado de la asistencia del menor por el otro progenitor o no ha recibido tal formulario porque no ha proporcionado los datos necesarios, se excluye al grupo y a sus responsables de toda responsabilidad derivada de esto.

2. Autorizo que el menor bajo mi tutela sea sometido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda, a fin de preservar o restablecer su salud.
3. El Grupo Scout Tallac sin detrimento de lo expuesto en el punto anterior, se compromete a hacer cuanto de él dependa para ponerse en contacto con los tutores legales del menor a fin de mantenerles informados en todo momento de las incidencias relevantes relativas a la salud o bien estar de los menores. Facilitando que, llegado el caso, sean los propios tutores quienes tomen las decisiones pertinentes referentes a los tratamientos o acciones a seguir en los casos mencionados en el punto 2 del presente documento.
4. Como tutor legal del menor autorizo a que todo el material gráfico y videográfico, en particular fotografías y vídeos, pero sin excluir ningún otro tipo de materiales multimedia pueda ser utilizado por: el Grupo Scout Tallac, Scouts de Madrid- mSc, Movimiento Scout Católico, la Oficina Scout Mundial o la Fundación Promesa, dentro de sus actividades, publicaciones, materiales promocionales, materiales videográficos o multimedia.
5. De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que, todos los datos a los que tenga acceso, facilitados por Vd., serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Tallac, de Scouts de Madrid – mSc y de la Fundación Promesa, para posibilitar el mantenimiento y la gestión de la relación con el miembro del grupo y su familia.
6. Como tutor legal del menor Vd. tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante escrito dirigido al Responsable del grupo, a la siguiente dirección: de correo electrónico firmado digitalmente: kraal@tallac.org

En Madrid a _____ de _____ de 201_

Fdo.:

Fdo.