



## FICHA MÉDICA - FOLLA 1 DE 2

### Datos persoais de identificación do/a menor

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Data de nacemento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Datos médicos persoais do/a menor

Número tarxeta médica: \_\_\_\_\_

Alerxias a medicamentos, alimentos, outras substancias...: Si  Non

Indicar cales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vacinas en regra: Si  Non

Medicación habitual e dose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outros datos de interese médico (dieta especial, operacións, enfermidades crónicas...) Por favor, sexa todo o extenso no que considere relevante, pois nos axudará a atender do mellor xeito ao menor e lembre que trataremos os datos coa de debida confidencialidade:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARO**, baixo a miña exclusiva responsabilidade, que o meu fillo/a non ten incompatibilidade nin impedimento algún para realizar actividades ao aire libre en campamentos, roteiros de sendeirismo e similares, en contacto directo ou non coa natureza, e de que os datos que figuran neste formulario son certos.

**Nome e apelidos pai/nai/representante legal:**

\_\_\_\_\_

Sinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



**SCOUTS**<sup>®</sup>  
Construír un Mundo Mellor

**ASDE**  
Scouts de Galicia

gruposcoutilex@gmail.com  
scoutsourense.org



Grupo Scout Ilex

## FICHA MÉDICA - FOLLA 2 DE 2

### Datos do pai / nai / representante legal

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

1º teléfono de contacto (24 horas): \_\_\_\_\_

2º e 3º teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsabilízome do manifestado nestas dúas follas e comprométome a cumprir coa normativa que regula as actividades da asociación e a comunicar de forma inmediata calquera cambio que se produza no futuro na situación médica do meu fillo/a, cubrindo e entregando un novo formulario. A asociación e os seus responsables quedarán exentos de calquera responsabilidade producida por un cambio na situación médica do meu fillo/a que non lles comunicase debidamente en tempo e forma.

Así mesmo, **AUTORIZO** á Asociación Grupo Scout Ilex e os responsables competentes durante as actividades, a tomar as decisións médico-cirúrxicas oportunas en caso de máxima urxencia, con coñecemento e prescrición médica, sobre o meu fillo/a, se non é posible a miña localización. A asociación e os seus responsables comprométense a informarme do acontecido en canto sexa posible.

Sinatura pai/nai/representante legal: \_\_\_\_\_

De acordo co establecido no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle de que os seus datos persoais entrarán a formar parte dun ficheiro, cuxo responsable é o GRUPO SCOUT ILEX. A finalidade deste ficheiro é levar a cabo a adecuada planificación, desenvolvemento e xestión das actividades do Grupo Scout e dos seus socios e socias. Ademais, coa sinatura deste documento, consinte o tratamento de datos especialmente protexidos do seu fillo/a, coa finalidade anteriormente descrita; así como a cesión destes datos a ASDE-Scouts de España ou a outras entidades, sempre que a Asociación o precise para a organización das súas actividades.

De acordo co previsto na dita Lei Orgánica, pode exercitar os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dos seus datos de carácter persoal remitindo un correo electrónico a gruposcoutilex@gmail.com.