



## AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES

### RONDA 2016-2017

RELLENAR POR ORDENADOR

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL EDUCANDO:**

**Tif. HIJO:**  **TLF. MÓVILES:**

**D.N.I (mayor 14 años):**  **Email padres:**

**SECCION:**  **FECHA DE NACIMIENTO:**

**Domicilio**  n°  piso  letra  C.P.  Localidad

Yo D<sup>o</sup>/a  con DNI  como padre/  
madre/tutor legal de arriba nombrado miembro del grupo scout 456 Hesperia, perteneciente a ASDE-Scouts de España, hago notificar que:

- Autorizo al menor bajo mi tutela a que asista a las actividades que organiza la Asociación Grupo Scout Hesperia 456 durante esta la Ronda.
- Autorizo que el menor bajo mi tutela sea sometido a los tratamientos medicos 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, y a poder suministrarle el medicamento que le he facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado. La Asociación Grupo Scout Hesperia 456 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 bienestar 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 presente documento.
- Autorizo a los scouters (monitores) del Grupo Scout Hesperia 456 a trasladar en vehiculo privado a mi hijo/hija o menor bajo mi tutela en aquellos casos que los scouters (monitores) lo consideren necesarios por motivos de salud o coordinación.
- Como tutor legal del menor autorizo a que todo el material multimedia pueda ser utilizado por: el Grupo Scout Hesperia 456, Exploradores de Madrid o ASDE dentro de sus actividades, publicaciones, materiales promocionales, materiales video-gráficos o multimedia.
- 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 se tenga acceso, facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Hesperia 456, y de Exploradores de Madrid, para posibilitar el mantenimiento y la gestión de la relación con el miembro del Grupo y su familia. Como tutor legal del menor, usted tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la citada ley, mediante escrito al Secretario, a la siguiente dirección: Grupo Scout Hesperia 456, C/ Santiago de Compostela 46, local 2 - 28034 - Madrid (España) o mediante correo electrónico firmado a: secretaria@hesperia456.es.

### FICHA MÉDICA

**DEBE SEGUIR ALGÚN TRATAMIENTO**

**PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIJA/INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS**  
(ALERGIAS A LA PENICILINA, LACTOSAS...)  
**PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA** (ASMA, DIABETES, DOLORS ÓSEOS, EPILEPSIA, ALERGIAS...)

**ES PROPENSO A PADECER ALGUNA DOLENCIA**  
(VÓMITOS, DIARREAS, MIGRAÑAS, RESFRIADOS ...)

**NO PUEDE TOMAR ALGUNA CLASE DE ALIMENTO CONCRETO**  
(LECHE O DERIVADOS, AZÚCARES...)

**ESTÁ AL CORRIENTE DE LAS VACUNAS OBLIGATORIAS** TÉTANOS, SARAMPION, RUBEOLA.....

**ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS INFANTILES PADECIDAS**  
(SARAMPION, RUBEOLA, VARICELA, OTRAS...)

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA IMPORTANTE** (APÉNDICE, AMÍGDALAS...)

**INDIQUE SI PERTENECE A LA SEGURIDAD SOCIAL**  
(O A QUÉ SOCIEDAD MÉDICA PERTENECE...)

**AGRADECERÍAMOS CUALQUIER OTRA OBSERVACIÓN MÉDICA O INFORMACIÓN ACERCA DE SU HIJO/A** (FOBIAS, SONAMBULISMO....., ADJUNTA UNA HOJA SI NO HAY ESPACIO SUFICIENTE

He leído y autorizo. Fdo. Padre, Madre o Tutor legal del educando

Madrid, fecha



**AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES**  
**RONDA 2016-2017**

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL EDUCANDO:** [ ] [ ]

**Tif. HIJO:** [ ] **TLF. MÓVILES:** [ ]

**D.N.I (mayor 14 años):** [ ] **Email padres:** [ ]

**SECCION:** [ ] **FECHA DE NACIMIENTO:** [ ]

**Domicilio** [ ] nº [ ] piso [ ] letra [ ] **C.P.** [ ] **Localidad** [ ]

Yo D<sup>o</sup>/a [ ] con DNI [ ] como padre/ madre/tutor legal de arriba nombrado miembro del grupo scout 456 Hesperia, perteneciente a ASDE-Scouts de España, hago notificar que:

1. Autorizo al menor bajo mi tutela a que asista a las actividades que organiza la Asociación Grupo Scout Hesperia 456 durante esta la Ronda.
2. Autorizo que el menor bajo mi tutela sea sometido a los tratamientos medicos 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, y a poder suministrarle el medicamento que le he facilitado para el cumplimiento del tratamiento señalado. El Grupo Scout Hesperia 456 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 bienestar 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 presente documento.
3. Autorizo a los scouters (monitores) del Grupo Scout Hesperia 456 a trasladar en vehiculo privado a mi hijo/hija o menor bajo mi tutela en aquellos casos que los scouters (monitores) lo consideren necesarios por motivos de salud o coordinación.
4. Como tutor legal del menor autorizo a que todo el material multimedia pueda ser utilizado por: el Grupo Scout Hesperia 456, Exploradores de Madrid o ASDE dentro de sus actividades, publicaciones, materiales promocionales, materiales video-gráficos 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 se tenga acceso, facilitados por usted, serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Hesperia 456, y de Exploradores de Madrid, para posibilitar el mantenimiento y la gestión de la relación con el miembro del Grupo y su familia. Como tutor legal del menor, usted tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la citada ley, mediante escrito al Secretario, a la siguiente dirección: Grupo Scout Hesperia 456, C/ Santiago de Compostela 46, local 28034 - Madrid (España) o mediante correo electrónico firmado a: secretaria@hesperia456.es.

**FICHA MÉDICA**

**DEBE SEGUIR ALGÚN TRATAMIENTO** [ ]

**PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGI/AINTOLERANCIA A MEDICAMENTOS**  
(ALERGIAS A LA PENICILINA, LACTOSAS...)  
**PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA** (ASMA, DIABETES, DOLORS ÓSEOS, EPILEPSIA, ALERGIAS...)  
[ ]

**ES PROPENSO A PADECER ALGUNA DOLENCIA**  
(VÓMITOS, DIARREAS, MIGRAÑAS, RESFRIADOS ...)  
[ ]

**NO PUEDE TOMAR ALGUNA CLASE DE ALIMENTO CONCRETO**  
(LECHE O DERIVADOS, AZÚCARES...)  
[ ]

**ESTÁ AL CORRIENTE DE LAS VACUNAS OBLIGATORIAS** TÉTANOS, SARAMPION, RUBEOLA.....  
[ ]

**ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS INFANTILES PADECIDAS**  
(SARAMPIÓN, RUBEOLA, VARICELA, OTRAS...)  
[ ]

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA IMPORTANTE** (APÉNDICE, AMÍGDALAS...)  
[ ]

**INDIQUE SI PERTENECE A LA SEGURIDAD SOCIAL**  
(O A QUÉ SOCIEDAD MÉDICA PERTENECE...)  
[ ]

**AGRADECERÍAMOS CUALQUIER OTRA OBSERVACIÓN MÉDICA O INFORMACIÓN ACERCA DE SU HIJO/A** (FOBIAS, SONAMBULISMO....., ADJUNTA UNA HOJA SI NO HAY ESPACIO SUFICIENTE  
[ ]

**He leído y autorizo. Fdo. Padre, Madre o Tutor legal del educando**

**Madrid, fecha** [ ]



## Autorización de administración de medicamentos RONDA 2016-2017

No se les permite a los menores tomar medicamentos por su cuenta en las actividades del grupo.  
Los padres o tutores deben entregar y otorgar su consentimiento para que los monitores del grupo scout administren medicamentos recetados o no.

Yo [ ] con DNI nº [ ]  
y como padre/madre/tutor de [ ]  
Sección [ ] SOLICITO Y AUTORIZO a los monitores del grupo scout hesperia 456  
a que administren la medicación siguiente:

Marcar las siguientes medicinas que autoriza para ser administradas a su hijo según fuera necesario. **MARCAR AL MENOS 1.**

- En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación, [ ]
- Apiretal® 100 ml/mg (paracetamol) Dosis: [ ]
- Paracetamol comprimidos. Dosis: [ ]
- Dalsy® 20 ml/mg o junifen® 20 ml/mg (ibuprofeno) Dosis: [ ]
- Dalsy® 40 ml/mg o junifen® 40 ml/mg (ibuprofeno) Dosis: [ ]
- Ibuprofeno comprimidos. Dosis: [ ]

Medicación pautaada por su médico:

Nombre: los días [ ] la siguiente dosis [ ]

Nombre: los días [ ] la siguiente dosis [ ]

Si hay más medicamentos escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe. si es necesario.

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro hijo sea alérgico o **NO** queréis que le sean administrados?      Sí  No

Si es que si ¿cuáles?:

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento. Y para que conste, firmo la presente autorización

En Madrid a : [ ]

FIRMADO



## Autorización de administración de medicamentos RONDA 2016-2017

No se les permite a los menores tomar medicamentos por su cuenta en las actividades del grupo.  
Los padres o tutores deben entregar y otorgar su consentimiento para que los monitores del grupo scout administren medicamentos recetados o no.

Yo  con DNI nº   
y como padre/madre/tutor de   
Sección  SOLICITO Y AUTORIZO a los monitores del grupo scout hesperia 456  
a que administren la medicación siguiente:

Marcar las siguientes medicinas que autoriza para ser administradas a su hijo según fuera necesario. **MARCAR AL MENOS 1.**

- En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación,
- Apiretal® 100 ml/mg (paracetamol) Dosis:
- Paracetamol comprimidos. Dosis:
- Dalsy® 20 ml/mg o junifen® 20 ml/mg (ibuprofeno) Dosis:
- Dalsy® 40 ml/mg o junifen® 40 ml/mg (ibuprofeno) Dosis:
- Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

Medicación pautaada por su médico:

Nombre: los días  la siguiente dosis   
Nombre: los días  la siguiente dosis

Si hay más medicamentos escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe. si es necesario.

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro hijo sea alérgico o **NO** queréis que le sean administrados?      Sí  No

Si es que si ¿cuáles?:

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento. Y para que conste, firmo la presente autorización

En Madrid a :

FIRMADO