



FICHA DE INSCRIPCIÓN AL CLUB DE EXPLORADORES

CURSO _____ / _____

DATOS DEL PARTICIPANTE	Nombre _____	Apellidos _____	Foto del participante
	Dirección _____		
	Código postal _____	Población _____	
	Provincia _____		
	Chico <input type="checkbox"/> Chica <input type="checkbox"/>	Móvil _____	
	DNI/NIE (con letra incluida) _____		
	Años de participación en el Club _____		
	Fecha de nacimiento _____		
	Edad _____		
	Religión _____		
Email _____			
Sabe nadar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene uniforme oficial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Grados completados: <input type="checkbox"/> Ardillas <input type="checkbox"/> Corderitos <input type="checkbox"/> Castores <input type="checkbox"/> Delfín <input type="checkbox"/> Halcón <input type="checkbox"/> Lince			
<input type="checkbox"/> Granito <input type="checkbox"/> Cuarzo <input type="checkbox"/> Zafiro <input type="checkbox"/> Descubridor <input type="checkbox"/> Mensajero <input type="checkbox"/> Rastreador <input type="checkbox"/> Excursionista			

DATOS DE LOS PADRES / TUTORES	Nombre del padre o tutor _____	Apellidos _____
	Nombre de la madre o tutora _____	Apellidos _____
	DNI/NIE Padre (con letra incluida) _____	DNI/NIE Madre (con letra incluida) _____
	Móvil madre _____	Móvil padre _____
	Caso emergencia avisar a _____	Teléfono _____
	Teléfono casa _____	Email (el de consulta frecuente) _____

AUTORIZACIÓN	<p>AUTORIZO A MI HIJO/A, CUYOS DATOS FIGURAN ARRIBA, para que asista y participe en todas las actividades del Club de Exploradores de la Iglesia de _____, incluyendo las salidas de las que previamente hemos sido informados. Nos COMPROMETEMOS a colaborar y ayudar en todo lo que podamos para que cumpla con el programa del Club de Exploradores y participe de sus actividades. Queremos hacer constar que asumimos las responsabilidades que se deriven de la negligencia o desobediencia de mi hijo/a, tutelado/a, a los/ las monitores/as y personal responsable de las actividades.</p> <p>Asimismo, en el caso de que mi hijo/a, tutelado/a, menor de edad, se encuentre en situación de necesitar tratamiento médico y/o ser internado/a y/o intervenido/a quirúrgicamente sin que se haya podido localizar a sus padres o representantes legales, el/la Directora/a del Club de Exploradores queda suficientemente autorizado para adoptar las medidas que se consideren oportunas para la salud del/la mismo/a, según indicación médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el uso de fotografías y vídeos en los que aparezca mi hijo/a para el material gráfico, audiovisual, redes sociales y la web, si la hubiere, del Club de Exploradores.</p> <p>Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente autorización adjuntando copia de mi DNI/NIE.</p> <p>En, a de de 20</p> <p>Firma del padre, madre o tutor/a*. Conforme:</p>
	<p>Nombre firmante: <input type="text"/> DNI/NIE (con letra incluida) <input type="text"/></p>
	<p>*Firma del padre/madre que tenga la custodia legal del menor.</p>

DERECHO LEGAL	<p>En cumplimiento del Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos Personales, le informamos de que sus datos forman parte de un fichero titularidad del Club de Exploradores de la Iglesia de _____, y van a ser tratados para la finalidad de gestión de los miembros y participantes en las actividades del Club, mantenimiento y seguimiento de actividades. Del mismo modo, Ud. nos facilita datos de salud del participante y, al hacerlo, otorga su consentimiento expreso al tratamiento de este tipo de datos por ser necesario para el correcto desenvolvimiento de la actividad. También autoriza a la cesión de los datos a los diversos centros con los que trabajaremos, en el caso de actividades extra Iglesia, a los monitores, y a la compañía de seguros en el caso en que ocurra una incidencia cuyo riesgo esté cubierto. Con su firma autoriza a que una persona del Club de Exploradores pueda recoger sus datos y facilitárnoslos para poder tramitar la inscripción. Puede ejecutar los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación ante el responsable del fichero del Club de Exploradores de la Iglesia de _____.</p>
----------------------	---



FICHA MÉDICA

Nombre y apellidos participante	Nº Seguridad Social
---------------------------------	---------------------

ALERGIAS	<input type="checkbox"/> No tiene ninguna alergia conocida	<input type="checkbox"/> Intolerante _____
	Es alérgico a: <input type="checkbox"/> Medicamentos	Especifique _____
	<input type="checkbox"/> Alimentos	Especifique _____
	<input type="checkbox"/> Polen, plantas o animales	Especifique _____
	Otras alergias: _____	

DIETA	<input type="checkbox"/> Sigue una dieta normal	<input type="checkbox"/> Tiene restricciones alimentarias	<input type="checkbox"/> Tipo de dieta _____
	Indicaciones especiales para la dieta: _____		

ENFERMEDAD CRÓNICA	<input type="checkbox"/> No padece ninguna enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> Antecedentes _____	
	Padece (marque las opciones necesarias):	<input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
		<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Celíaco
		<input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/> Diabético
		<input type="checkbox"/> Jaquecas/migrañas	<input type="checkbox"/> Hiperactividad TDAH
		<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Sonambulismo
		<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria nocturna (llevar protector de cama y mudas suficientes)	
		<input type="checkbox"/> Otros _____	
	Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte informe/parte médico)		

OTRAS	Medicación durante la actividad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grupo sanguíneo _____
	¿Para qué? _____			
	¿Qué medicación? _____			
	¿Cuál es la dosificación? _____			
	Si lleva medicación, ¿se la dosifica él/ella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (adjunte posología y tratamiento)			
	Vacunación: Adjuntar fotocopia del carné de vacunación			
	¿Tiene puesta la vacuna antitetánica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha exacta: _____			
	Revisión del cabello pediculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tratamiento pediculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Puede realizar cualquier actividad con normalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Anote todo lo que considere que debemos saber para un mejor conocimiento del participante			

Con mi firma declaro que todos los datos aportados en la presente FICHA MÉDICA son verdad, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo/a y/o para el resto de los participantes/miembros del Club de Exploradores.

Para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente FICHA MÉDICA, **adjuntando fotocopia de mi DNI/NIE** y de la **tarjeta sanitaria** de mi hijo/a o tutelado/a.

Firma del padre, madre o tutor/a legal

DNI/NIE del firmante: _____