



FICHA DE INSCRIPCIÓN DE MONITOR/A AL CLUB DE EXPLORADORES

CURSO _____ / _____

DATOS DEL MONITOR/A	Nombre _____	Apellidos _____	Foto del monitor/a
	Dirección _____		
	Código postal _____	Población _____	
	Provincia _____		
	Chico <input type="checkbox"/> Chica <input type="checkbox"/>	Móvil _____	
	DNI/NIE (con letra incluida) _____	Años de colaboración con el Club _____	
	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	
	Email _____		
	Responsabilidades desempeñadas _____		
	Grados investidos (si eres Guía Mayor responde más abajo) _____		
	Especialidades (si son muchas continúa al dorso) _____		

	¿Has recibido algún curso de formación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Cuál/les y horas de formación? _____		
	Sabes nadar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tienes uniforme oficial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Adventista bautizado/a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de bautismo: _____		
Tienes el título de Monitor de Tiempo Libre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Eres Guía Mayor investido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de investidura: _____		
Has presentado la acreditación de Guía Mayor a la Unión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

AUTORIZACIÓN EN CASO DE SER MENOR DE EDAD	<p>AUTORIZO A MI HIJO/A, CUYOS DATOS FIGURAN ARRIBA, para que asista y colabore 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.</p> <p>Queremos hacer constar que asumimos las responsabilidades que se deriven de la negligencia o desobediencia de mi hijo/a, tutelado/a, a los directores 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><small>*Firma del padre/madre que tenga la custodia legal del menor.</small></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 monitor/a	Nº Seguridad Social
------------------------------	---------------------

ALERGIAS

No tienes ninguna alergia conocida Intolerante _____

Eres alérgico/a a: Medicamentos Especifica _____

Alimentos Especifica _____

Polen, plantas o animales Especifica _____

Otras alergias: _____

DIETA

Sigues una dieta normal Tienes restricciones alimentarias Tipo de dieta _____

Indicaciones especiales para la dieta: _____

ENFERMEDAD CRÓNICA

No padeces ninguna enfermedad crónica Antecedentes _____

Padece (marca 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	
<input type="checkbox"/> Otros _____	

Indica el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunta informe/parte médico)

OTRAS

Medicación durante la actividad Sí No Grupo sanguíneo _____

¿Para qué? _____

¿Qué medicación? _____

¿Cuál es la dosificación? _____

Si llevas medicación, ¿te la dosificas tu mismo/a? Sí No (adjunta posología y tratamiento)

Vacunación: Adjuntar fotocopia del carné de vacunación

¿Tienes puesta la vacuna antitetánica? Sí No Fecha exacta: _____

Revisión del cabello pediculosis Sí No Tratamiento pediculosis Sí No

Puedes realizar cualquier actividad con normalidad Sí No

Anota todo lo que consideres que debemos saber para un mejor conocimiento tuyo

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 mi salud 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**.

Firma del monitor/a

DNI/NIE del firmante: _____