



CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA LA TOMA DE DATOS.

MADRID, en fecha

ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM, y en su nombre el Grupo Scout Himalaya es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines del tratamiento: Por interés legítimo del responsable: mantener una relación social. Por consentimiento del interesado: el envío de comunicaciones de productos o servicios.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM. CALLE ISIDRO GÓMEZ 3 - 28223 POZUELO DE ALARCÓN (Madrid). Email: presidente.asim@gmail.com

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre.....con NIF.....

Representante legal de....., con NIF

Firma:

**FICHA DE INSCRIPCIÓN ASOCIACIÓN DE SCOUT INDEPENDIENTES DE MADRID****GRUPO SCOUT HIMALAYA**

A CUMPLIMENTAR POR LA ASOCIACIÓN RECIBIDO (FECHA) _____

GRUPO SCOUT _____ RAMA _____

NOMBRE	APELLIDO 1	APELLIDO 2		PEGAR FOTO AQUÍ (Por favor, no entregar con clips, ni sueltas).
DIRECCIÓN				
DNI/NIE/PASS		FECHA DE NACIMIENTO		
PROVINCIA		LUGAR DE NACIMIENTO		
C.P.		POBLACIÓN		
TELF. FIJO		TELF. MÓVIL		
NOMBRE Y APELLIDOS MADRE/PADRE/TUTOR		TELÉFONO MADRE/PADRE/TUTOR		
NOMBRE Y APELLIDOS MADRE/PADRE/TUTOR		TELÉFONO MADRE/PADRE/TUTOR		
En caso de no localizar a los padres, avisar a:				
NOMBRE		APELLIDOS		
TELF. MOVIL		TELF. FIJO		

Seguro médico

- Seguridad Social. Nº de Afiliación: _____
- Seguro Privado. Nº de Póliza: _____

Estado físico actual

- ¿Está carente de alguna vacuna?
- ¿Es alérgico a algún alimento? _____ ¿A cuáles? _____
 ¿Es celíaco? _____
- ¿Es alérgico a algún medicamento? _____
- ¿Es alérgico a algún insecto? _____ ¿Cuales? _____
 Tratamiento específico
- ¿Es alérgico a alguna planta o polen? _____ ¿Cuales? _____
 Tratamiento específico
- ¿Padece alguna alergia adicional? _____ ¿Cuáles? _____

Si hay algún cambio en la documentación o sea necesaria la actualización de los datos, me comprometo a entregar dicha documentación a la Asociación G.S. Himalaya.



AUTORIZACIÓN RONDA.

Yo, D/Dª _____, con DNI nº _____, y domicilio en _____, actuando en condición de _____ (padre/madre/tutor) del menor _____, de _____ años de edad, con DNI nº _____ y domicilio en _____, AUTORIZO a El **GRUPO SCOUT HIMALAYA**, perteneciente a la Asociación de Scouts Independientes de Madrid, a que se lleven a mi hijo/a, a los campamentos, acampadas, salidas, actividades ... fuera del local que se realicen a lo largo del curso.

De igual modo, autorizo a mi hijo/a, durante esta ronda solar, a la realización de actividades que se puedan llevar a cabo como el grupo asociativo al que pertenece el Grupo Scout Himalaya, es decir, todas aquellas actividades que realice la Asociación de Scouts Independientes de Madrid (ASIM).

Autorizo, además, a mi hijo/a, a participar en las actividades que se lleven a cabo en el local del Grupo.

Asimismo, me responsabilizo de todos y cada uno de los daños y perjuicios que el autorizado pueda causar a terceras personas y/o así mismo durante su participación en las actividades, ya sea por accidente, negligencia o por ignorar la normativa e indicaciones de los monitores; y acepto todas las responsabilidades que puedan derivarse de esta participación y renunciando a cualquier reclamación por daños y perjuicios que pueda causar el autorizado/a.

Certifico que estoy al corriente de toda la información relacionada con las actividades como de la normativa de la Asociación o del Grupo Scout al que pertenezco y de las actividades específicas, aceptando dichas normas y asumiendo la responsabilidad derivada de su incumplimiento.

El Presidente de la asociación y Jefe de Grupo al que pertenezca mi hijo/a es el máximo responsable del mismo, por lo que autorizo que, en mi nombre, ejerza con mi hijo/a dicha responsabilidad, avalándole en sus decisiones y confiando en su preparación.

Soy consciente de que mi hijo/a esta asegurado con una póliza de un seguro de responsabilidad civil y otro de accidentes, en caso de que un siniestro superase la cobertura los gastos correrán por mi cuenta.

Eximo de responsabilidad a los monitores de la asociación por la pérdida, durante la actividad, de bienes materiales que mi hijo pudiera extraviar.

Fdo: _____

Madrid, ___ de _____ del 20_.



Cumplimente el siguiente formulario rellenando las casillas de todos los apartados con letra clara y en mayúscula. Junto con la ficha médica deberá adjuntar una fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social o del seguro médico correspondiente y otra del documento nacional de identidad del padre, madre o tutor que firme la ficha médica y del participante en caso de que disponga de dicho documento.

FICHA PERSONAL.

DATOS DEL ASOCIADO:

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ Fecha nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Tlf. Móvil: _____ Dirección: _____

Población: _____ Provincia: _____ C. P.: _____

Tlf. Fijo: _____ Email: _____



DATOS FAMILIARES

- Padres conviven.
- Familia monoparental.
- Padres divorciados. Ambas personas autorizadas como padre/madre son progenitores o tutores legales del participante.
- Padres divorciados. Una de las personas autorizadas como padre/madre es NO progenitor/tutor legal del participante. En este caso, especifiquen:
Nombre y apellidos de dicha persona: _____
Relación con el participante: _____

MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL 1.

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Email: _____

MADRE/PADRE/ TUTOR LEGAL 2.

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Email: _____

En caso de no localizar a los anteriores, hablar con:

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Email: _____ Parentesco o relación con el/la asociado/: _____



FICHA DE DATOS MEDICO SANITARIOS.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº S. SOCIAL: _____

PÓLIZA PRIVADA (en su caso): _____

EDAD: _____ PESO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____ RH: _____

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____

DIRECCIÓN: _____

ALERGIAS:

A ALIMENTOS: _____

A MEDICAMENTOS : _____

OTRAS ALERGIAS (ANIMALES, POLEN...): _____

VACUNACIONES: _____

ENFERMEDADES PADECIDAS: _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: _____

PROBLEMAS VISUALES: _____

PROBLEMAS AUDITIVOS: _____

PROBLEMAS RESPIRATORIOS, PROBLEMAS MOTRICES: _____

ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROBLEMAS INTESTINALES, URINARIOS, OTROS): _____

MEDICACIÓN CONTINUADA: NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y PAUTA DE LA MEDICACIÓN: _____

MEDICACIÓN OCASIONAL: NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y PAUTA DE LA MEDICACIÓN _____

OTROS DATOS: SONAMBULISMO: _____ INCONTINENCIAS: _____ FOBIAS: _____

DIETA ESPECIAL: _____

OTRAS OBSERVACIONES:

En Madrid a _____ de _____ 20__

DECLARO

a) Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas (reuniones semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades. b) Que informaré al equipo de responsables de cualquier variación en los mismos.

FIRMA DE LOS PADRES/ TUTORES

Fdo. _____



AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTO A UN EDUCANDO.

Don/Doña..... con D.N.I.....

Padre/madre/tutor/a del alumno/a..... del Grupo Scout Himalaya.

Expongo que el alumno/a anteriormente citado padece:

.....
.....

por lo que **AUTORIZO** al monitor/a de mi hijo/a a dar la siguiente medicación y con las siguientes dosis:

.....
.....

Asumiendo, con esta solicitud, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y eximiendo de responsabilidades al centro.

Madrid, ade.....del 20....

Firma del padre/madre/tutor/a legal.



CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA EL TRATAMIENTO DE IMÁGENES

MADRID, a

ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM, y en su nombre el Grupo Scout Himalaya es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR), la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), y la Ley(ES) 1/1982 de protección civil, derecho al honor, intimidad personal y familiar y a la propia imagen, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: grabación de imágenes y vídeos de las actividades llevadas a cabo por el Responsable del tratamiento para dar publicidad de las mismas en los medios de comunicación, con el consentimiento del Interesado. En ningún caso se publicará el nombre del Interesado.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: El Interesado puede autorizar o no el tratamiento señalando con una "x" en la casilla correspondiente de SI (doy el consentimiento) o NO (no doy el consentimiento) para las siguientes categorías de destinatarios:

SÍ	NO	AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR LOS DATOS.
		Publicación en medios de comunicación propios del Responsable.
		Publicación en medios de comunicación externos al Responsable.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

A.S.I.M.



Asociación de Scout Independientes de Madrid

Datos de contacto para ejercer sus derechos: ASOCIACIÓN DE SCOUTS INDEPENDIENTE DE MADRID ASIM. CALLE ISIDRO GÓMEZ 3 - 28223 POZUELO DE ALARCÓN (Madrid). Email: presidente.asim@gmail.com Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre, con NIF

Representante legal de, con NIF

Firma: