**AUTORIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

**ASOCIACIÓN JUVENIL**

**GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA**

**Curso \_\_\_\_\_\_\_\_**

D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como tutor legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aseguramos haber leído y dado nuestra total conformidad a todos y cada uno de los siguientes puntos:

1. Autorizo al menor bajo mi tutela a participar en todas las actividades organizadas por la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea dentro del curso \_\_\_\_\_\_\_, tanto en las realizadas en los locales del Grupo Scout como las que tengan lugar fuera de los mismos, incluso si éstas tuvieran lugar fuera de la Comunidad Foral de Navarra y a que sea transportado a dichas actividades en los vehículos propios de personas autorizadas por la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea en caso de que no haya otro medio de transporte posible.
2. Conozco las actividades que van a realizar la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea y autorizo posibles cambios en el programa.
3. Autorizo que el menor bajo mi tutela sea sometido a los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda, o lo especificado en la ficha médica personal, a fin de preservar o restablecer su salud.
4. La Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea sin detrimento de lo expuesto en el punto anterior, 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 punto 3 del presente documento.
5. De la gestión íntegra de los estos datos y de su buen trato se encargarán los responsables de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea.
6. En el caso de que se hubiera dado alguna variación de la información facilitada el pasado curso, rogamos procedan a solicitar fichas para actualizar bien la ficha de inscripción, ficha personal, como la ficha médica. En caso contrario, complete la información, la firma y marque la casilla “sin modificación” de este impreso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| No se han producido modificación de la información facilitada el pasado curso (Marque en el cuadro adjunto).  |

 |

|  |
| --- |
|  **sin modificación.**  |

 |
|

|  |
| --- |
| Se ha procedido a cumplimentar nueva ficha actualizada.  |

 |

|  |
| --- |
|  **cumplimentada**  |

 |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

Firma tutor / tutora:

Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

**FOTO**

**FICHA MÉDICA ASOCIACIÓN JUVENIL**

**GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA**

*NOTA: Esta ficha ha sido diseñada de acuerdo con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de* Carácter *Personal. Por favor, rellene de forma clara y completa todos los campos, así como las fotos, imágenes y las autorizaciones requeridas.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anverso tarjeta SS |  | Reverso tarjeta SS |
|  |  |  |

**DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE:**



|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Apellidos: |  |
| D. N. I.: | Fecha de nacimiento: |



**DATOS GENERALES DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:**



Nombre:



Apellidos:



D. N. I.:



Nombre:



Apellidos:



D. N. I.:

**DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA MÉDICA:**



Nombre:



Apellidos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Teléfono fijo |  |  |  |  |  | Teléfono móvil |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ficha médica. 1/5

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

**DATOS MÉDICOS GENERALES DEL PARTICIPANTE:**

Grupo sanguíneo **AB+**  **AB-**  **A+**  **A-**  **B+**  **B-**  **O+**  **O-**



Enfermedades

crónicas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Enfermedades |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | relevantes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Asma |  |  |  Sí [ ]  |  No [ ]  |  | Tratamiento |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diabetes |  |  |  Sí [ ]  |  No [ ]  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALERGIAS O INTOLERANCIAS:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Plantas |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Animales |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Polvo |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Medicamentos |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alimentos |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Picaduras de |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |
|  |  | insectos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Otras |  |  |  |  |  | Sí [ ]  |  |  | ¿Cuáles? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | No [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ficha médica. 2/5

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACUNAS** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ¿Ha seguido el |  |  |  |  |  | En caso negativo, |  |
|  |  | calendario de |  |  | Sí [ ]  | No [ ]  |  | ¿cuáles le faltan? |  |
|  |  | vacunas acorde a su |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | edad? |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES PROPENSO O PROPENSA A:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insomnio |  | Sí [ ]  | No [ ]  |  | Jaquecas |  | Sí [ ]  No [ ]  |  | Mareos |  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sonambulismo |  | Sí [ ]  | No [ ]  |  | Otros |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ¿Sabe |  |  |  Sí [ ]   No [ ]  |  |
|  | nadar? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



Antecedentes

médicos



Intervenciones o

enfermedades

precedentes por

destacar



Observaciones:

(Anote todo

aquello que se

deba tener en

cuenta)

De conformidad con el artículo 5 de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de

Protección de Datos de Carácter Personal:

1. Autoriza el tratamiento de los datos personales de su hijo/a, y se le informa que existe un fichero, con la finalidad de conocer los datos médicos básicos de los integrantes del grupo para solicitar asistencia médica de los mismos.
2. La Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea sin detrimento de lo expuesto en el punto anterior, 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 bien estar de los menores.

Ficha médica. 3/5

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

1. En los casos de emergencia o enfermedad y dentro de las actividades organizadas por el grupo, si fuera necesario, serán los propios responsables quienes tomen las decisiones pertinentes referentes a los tratamientos o acciones médico – quirúrgicas que se adopten, debiendo realizarse siempre acorde a los criterios médicos.
	1. No está previsto realizar ninguna cesión de los datos recogidos, y previamente a la posible cesión siempre se deberá contar con su autorización.
	2. De la gestión íntegra de estos datos se encarga el coordinador del grupo teniendo acceso a los mismos el resto de responsables autorizados.
2. Como tutor legal del menor Vd. tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante escrito dirigido a la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea, a la siguiente dirección: calle Sangüesa nº 6, 5º izda., 31003, Pamplona/Iruña o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: mikael@scoutmikael.com
3. Como representante legal declaro que los datos declarados son ciertos.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20



**Autorización del padre, madre o tutor legal**



Firma



Nombre y

apellidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De conformidad con el artículo 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con la firma del presente documento doy mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales aportados en él. He sido informado de que los datos que facilito serán incluidos en el fichero de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea, con la finalidad de conocer los datos médicos básicos de los integrantes del grupo para solicitar asistencia médica de los mismos si fuera necesario en los casos de emergencia o enfermedad.

En los casos de emergencia o enfermedad y dentro de las actividades organizadas por el grupo, si fuera necesario, serán los propios responsables quienes tomen las decisiones pertinentes referentes a los tratamientos o acciones médico – quirúrgicas que se adopten, siguiendo siempre el criterio del equipo médico que le atienda y/o lo especificado en la ficha médica personal, a fin de preservar o restablecer su salud. La Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea se compromete a hacer cuanto de ella dependa para ponerse en contacto con los tutores legales del menor con la finalidad de mantenerles informados en todo momento de las incidencias relevantes para la salud o bienestar de los menores.

Ficha médica. 4/5

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

Facilitando que, llegado el caso, sean los propios tutores quienes tomen las decisiones pertinentes referentes a las acciones o tratamientos a seguir en los casos establecidos en el punto 3.

No se realizará ninguna cesión de los datos recogidos, y previamente a la posible cesión siempre se deberá contar con su autorización.

De la gestión íntegra de estos datos se encarga el coordinador del grupo teniendo acceso a los mismos el resto de responsables autorizados.

Como tutor legal del menor Vd. se me ha informado de que el responsable del fichero denominado es la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea así como del derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por escrito en la siguiente dirección: calle Sangüesa nº 6, 5º izda., 31003 Pamplona/Iruñea o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: mikael@scoutmikael.com

Como representante legal declaro que los datos declarados son ciertos.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20



**Autorización del padre, madre o tutor legal**



Firma



Nombre y

apellidos

Ficha médica. 5/5

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

**FOTO**

**FICHA PERSONAL ASOCIACIÓN JUVENIL**

**GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA**

*NOTA: Esta ficha ha sido diseñada de acuerdo con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por favor, rellene de forma clara y completa todos los campos, así como las fotos, imágenes y las autorizaciones requeridas.*

**DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE:**



|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Apellidos: |  |
| D. N. I.: | Fecha de nacimiento: |



**DATOS GENERALES DE LOS PADRES O TUTORES**



Nombre:



Apellidos:



D. N. I.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nombre: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apellidos: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | D. N. I.: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOMICILIO:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dirección |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Localidad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | C. P. |  |  |  |  |  |  |
| **TELÉFONOS DE CONTACTO:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Teléfono fijo |  |  |  |  |  |  |  | Otros (especificar) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Móvil padre |  |  |  |  |  |  |  |  | Móvil madre |  |  |  |  |
| **CONTACTO CON EL PARTICIPANTE:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono móvil |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Correo electrónico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (escriba en mayúsculas) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ficha personal. 1/6

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

Autorizo al Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea a contactar con el participante mediante correo postal, correo electrónico o mediante el teléfono móvil del participante.



**Autorización del padre, madre o tutor**



Firma



Nombre y

apellidos

**CONTACTO CON EL PADRE, MADRE O TUTOR:**



**Las comunicaciones del grupo se realizarán por correo electrónico o mediante correo postal**. Indique cuantas direcciones considere.



Correos electrónicos

**DOMICIALIZACIÓN BANCARIA:**

**ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO –SEPA**

Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

AUTORIZA a la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea, con NIF G 31554280 a que, desde la fecha, y con carácter indefinido, en tanto continúen las relaciones entre ambos, a que gire en el número de cuenta bancaria especificada en la presente autorización, los recibos correspondientes, según lo exigido por el Reglamento 260/2012.

Nombre del deudor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del deudor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código postal-Población-Provincia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País del deudor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ficha personal. 2/6

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

Nº de cuenta-IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Localidad:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del deudor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE,

De conformidad con el artículo 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que existe un fichero con los datos personales de los integrantes de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea con las siguientes finalidades:

1. Gestión administrativa y gestiones relacionadas con el desarrollo de la actividad (entre otras, llevar el registro de los miembros del grupo y sus datos personales, para realizar la organización y las convocatorias de actividades.)
2. Emisión de recibos y control de pagos.
3. Mantener informados a los miembros de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea sobre cuestiones relacionadas con nuestra actividad.
4. Relaciones con otras asociaciones a las que la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea considere oportuno asociarse una vez aprobadas en asamblea general.

Para cualquier otro tipo de cesión siempre se deberá contar con su autorización. **Valorar e** **Incluir las posibles cesiones de datos que se puedan dar en el grupo.**

Autorizo que los datos sean cedidos únicamente en los términos arriba indicados.

De conformidad con el artículo 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con la firma del presente documento doy mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales aportados en él. He sido informado de que los datos que facilito serán incluidos en el fichero de la Asociación grupo Scout Mikael Eskaut Taldea, con las siguientes finalidades:

1. Gestión administrativa y gestiones relacionadas con el desarrollo de la actividad, llevar el registro de los miembros del grupo y sus datos personales para realizar la organización y las convocatorias de actividades.
2. Emisión de recibos y control de pagos.

Ficha personal. 3/6

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

1. Mantener informados a los miembros de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea sobre cuestiones relacionadas con nuestra actividad.
2. Relaciones con otras asociaciones a las que la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea considere oportuno asociarse una vez aprobadas en asamblea general.

Como tutor legal del menor Vd. se me ha informado de que el responsable del fichero de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea así como del derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por escrito en la siguiente dirección: calle Sangüesa nº6, 5º Izda, 31003, Pamplona o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: mikael@scoutmikael.com



**Autorización del padre, madre o tutor**



Firma



Nombre y

apellidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN USO DE IMÁGENES.**

Cede a la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea los derechos que tiene sobre la imagen del menor cuando esta se reproduzca en las fotografías y videos tomados en las actividades realizadas. En consecuencia, el representante legal autoriza a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización.

Autoriza a la utilización de imágenes y videos del menor por parte de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea con la finalidad de mostrar y promocionar sus actividades y el escultismo en general, siempre en ámbitos no comerciales.

Se entiende que la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada del menor, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

El representante legal reconoce por otra parte que el menor no está vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.



**Autorización del padre, madre o tutor**



Firma



Nombre y

apellidos

Ficha personal. 4/6

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

**INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN USO DE IMÁGENES.**

Como padre/madre o tutor legal del menor ......................................................................

autorizo a la *Asociación Juvenil* *Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea* al uso de las imágenes realizadas en actividades, competiciones, etc, organizadas, o a las que se acuda con la *Asociación Juvenil* *Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea,* y que podrán ser publicadas en:

* La página web www.scoutmikael.com
* Filmaciones destinadas a difusión no comercial.
* Fotografías para periódicos, revistas o publicaciones, cartelería o folletos publicitarios… de

ámbito local, comarcal o nacional

En consecuencia, el representante legal autoriza a la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización.

Autoriza a la utilización de imágenes y videos del menor por parte de la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea con la finalidad de mostrar y promocionar sus actividades y el escultismo en general, siempre en ámbitos no comerciales.

Se entiende que la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada del menor, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

El representante legal reconoce por otra parte que el menor no está vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.

Fecha



**Autorización del padre, madre o tutor**



Firma



Nombre y

apellidos

El responsable del fichero es la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea, y podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en los locales del grupo situados en: calle Sangüesa nº6, 5º Izda, 31003, Pamplona o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: mikael@scoutmikael.com

Ficha personal. 5/6

*ASOCIACIÓN JUVENIL GRUPO SCOUT MIKAEL ESKAUT TALDEA*

Como tutor legal del menor Vd. tiene derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante escrito dirigido al coordinador del grupo, a la siguiente dirección: calle Sangüesa nº6, 5º Izda, 31003, Pamplona o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: mikael@scoutmikael.com

Como tutor legal del menor Vd. se me ha informado de que el responsable del fichero es la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea así como del derecho a ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten conforme a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por escrito en la siguiente dirección: calle Sangüesa nº6, 5º Izda, 31003, Pamplona o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: mikael@scoutmikael.com

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES**

Autorizo al menor bajo mi tutela a:

Participar en todas las actividades organizadas por Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea tanto en las realizadas en los locales del Grupo Scout como las que tengan lugar fuera de los mismos, incluso si éstas tuvieran lugar fuera de la Comunidad Foral de Navarra.

A que sea transportado, en el caso que sea necesario, a las actividades fuera de los locales en los vehículos propios de personas autorizadas por la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea en caso de que no haya otro medio de transporte posible.



**Autorización del padre, madre o tutor**



Firma



Nombre y

apellidos

(Junto a este impreso será necesario adjuntar la fotocopia del DNI del responsable firmante, el libro de familia actualizado o si procede acreditación de la custodia o tutela)

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

Ficha personal. 6/6

IMPRESO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI/NIE/Nº de pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor o representante legal (táchese lo que no proceda) del menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DECLARO:

Que los datos declarados en la ficha personal y ficha de datos médicos que se adjuntan a esta declaración son ciertos.

Que la ficha personal y ficha de datos médicos que se adjuntan a esta declaración para la inscripción como participante en la Asociación Juvenil Grupo Scout Mikael Eskaut Taldea está firmado por uno solo de los progenitores/tutores debido a:

!Familia monoparental

!Fallecimiento del otro progenitor

!Ostentación en exclusiva de la patria potestad del menor otorgadomediante resolución judicial

!Imposición de medidas cautelares judiciales

!Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor pordesconocimiento de su domicilio

!Consentimiento expreso del otro progenitor para actuar en el ejercicioordinario de la patria potestad

!Otras circunstancias: (Especificar)

Nota: Aunque la firma de este documento la firme solo uno de los dos padres, tendrá validez como si lo hubieran firmado los dos.

Lugar y fecha

Firma: El padre/madre/representante legal