



## INSCRIPCIÓN GRUPO SCOUT TALLAC

Ingreso cuota anual: 2038-1709-58-3000489512 (CAJA MADRID)



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN (completa):** \_\_\_\_\_

**C. P.:** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_

**E - MAIL (padres):** \_\_\_\_\_

**COLEGIO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO FIJO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN** \_\_\_\_\_

**HERMANOS EN EL GRUPO:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**CUOTAS\*:**

<b>UNIDAD</b>	<b>1º AÑO</b>	<b>2º AÑO</b>	<b>3º AÑO</b>
<b>CASTORES</b>			
<b>LOBATOS</b>			
<b>RANGERS</b>			
<b>PIONEROS</b>			
<b>RUTAS</b>			

\*A RELLENAR POR LOS MONITORES



## Ficha médica

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**UNIDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **C. P.:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **Nº S. SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:** \_\_\_\_\_

**Email (padres):** \_\_\_\_\_

**PESO:** \_\_\_\_\_ **TALLA:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**GRUPO SANGUINEO:** \_\_\_\_\_ **RH:** \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS VISUALES / AUDITIVOS / ESPALDA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS ALIMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS ANIMALES:** \_\_\_\_\_

**OTRAS ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES PADECIDAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS RESPIRATORIOS / INTESTINALES / URINARIOS** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICACIÓN QUE TOMA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Yo, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

PADRE / MADRE / TUTOR del menor, ASEGURO que los datos médicos arriba indicados son correctos, y me comprometo a comunicar al grupo Scout Tallac cualquier novedad respecto al estado de salud de mi hijo/a.

Firma del Padre/ Madre / Tutor