

# ¡Bienvenidos!

A continuación, os dejamos la documentación necesaria para apuntarse a esta nueva ronda **2022-2023**.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DE CUOTAS:** Podéis hacer el ingreso al siguiente número de cuenta:

ES42 0075 7007 8506 0801 0326 (Santander)

Concepto: **NOMBRE DEL NIÑO/A Y UNIDAD**

<b>1 NIÑO/A</b>	Importe: 120€ Pago fragmentado: 60€/60€
<b>2 NIÑOS/A</b>	Importe: 200€ Pago fragmentado: 100€/100€
<b>3 NIÑOS/A</b>	Importe: 285€ Pago fragmentado: 142,50€/142,50€

*Recordamos que en las cuotas anuales van incluidas las papeletas de Scouts de Madrid y el seguro médico asociativo, por lo que es importante abonarlas en cuanto sea posible.*

**INFORMACION SOBRE PLAZOS:** Podéis pagar la cuota en dos plazos:

- 1º Plazo: finaliza el **15 de octubre de 2022**
- 2º Plazo: finaliza el **25 de febrero de 2023**

**DOCUMENTOS A ENTREGAR:** Una vez hecho el ingreso, enviarás a **secretaria@tallac.org** :

-Si **PERTENECE** al GS Tallac:

- ✓ Autorización de medicamentos. (Página 2)
- ✓ Autorización anual de participación en actividades. (Página 3)
- ✓ Autorización ley de protección de datos y fotografías. (Página 4)
- ✓ Autorización para la distribución de fotografías a las familias del GS Tallac (Página 4)

-Si aún **NO PERTENECE** al GS Tallac o quieres hacer **MODIFICACIÓN DE DATOS**:

- ✓ Foto del niño
- ✓ Autorización de medicamentos. (Página 2)
- ✓ Autorización anual de participación en actividades. (Página 3)
- ✓ Inscripción Grupo Scout Tallac (Página 4)
- ✓ Ficha médica (Páginas 5 y 6)

*\*En caso de no poder enviarlo por correo electrónico, se entregará en papel a al **coordinador de unidad**:*

La **fecha tope** para entregar estos papeles será el sábado **15 de octubre de 2022**

Esperamos que sea un año cargado de grandes sorpresas y aventuras.

Muchísimas gracias.

**El Kraal.**

## AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

### MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES PERMANENTES/CRONICAS

Enfermedad: Medicamento: Dosis:

Enfermedad: Medicamento: Dosis:

Enfermedad: Medicamento: Dosis:

### MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES PUNTUALES

Para medicamentos como Ibuprofeno, Dalsy, Apiretal, Paracetamol... necesitamos **tener por escrito que nos autorizáis** a dárselo. Para dolores puntuales autorizo: (indicar medicamento y dosis)

- Si a mi hija o hijo le duele la cabeza (indicar medicamento y dosis)

---

- Si a mi hija o hijo le duele la tripa (indicar medicamento y dosis)

---

- Si mi hija o hijo tiene dolores musculares (indicar medicamento y dosis)

---

- Si tiene otro tipo de dolores (indicar cuáles, medicamento y dosis)

---

En Madrid a

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR



## AUTORIZACION ANUAL DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE/Pasaporte N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
Y D<sup>o</sup>/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE/Pasaporte N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
como tutores legales de \_\_\_\_\_, con DNI/NIE/ Pasaporte  
N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, 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 el Grupo Scout Tallac dentro del año escolar 202\_/202\_, siempre y cuando haya sido informado adecuadamente de la actividad a través de un formulario recibido por el grupo de padres/madres de WhatsApp y confirme la asistencia e inscripción del menor a sus responsables con la cumplimentación del mismo. Es por ello que, OTORGO/OTORGAMOS EXPRESAMENTE permiso para su participación en las actividades realizadas en el recinto de la parroquia Sta. Luisa de Marillac como fuera del mismo, incluyendo aquellas realizadas fuera de la Comunidad Autónoma de Madrid, entre las que se encuentran: Reuniones semanales en sus locales, excursiones de duración inferior a 24 horas, salidas y acampadas con pernocta y campamentos de verano.

En caso de custodia compartida, si tales tutores han proporcionado los datos pedidos en el documento "Inscripción a ronda Grupo Scout Tallac", serán informados de las salidas, excursiones y acampadas, de duración inferior y superior a 24 horas, a través de los formularios enviados por los grupos de WhatsApp de padres/madres y podrán cumplimentarlo ambos si así lo desean, aunque nos valdrá con uno. Si por cuestiones ajenas al grupo, algún progenitor no ha sido informado de la asistencia del menor por el otro progenitor o no ha recibido tal formulario porque no ha proporcionado los datos necesarios, se excluye al grupo y a sus responsables de toda responsabilidad derivada de esto.

2. 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, a fin de preservar o restablecer su salud.
3. El Grupo Scout Tallac 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. 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 2 del presente documento.
4. Autorizo que el menor bajo mi tutela pueda desplazarse mediante un vehículo privado en caso de ser necesario.
5. Autorizo al equipo de responsables a hacer uso de los medios de comunicación personales (teléfono móvil personal, cuentas de correo personales y perfiles de redes sociales) tanto del tutor legal como de los educandos, en caso de ser considerado necesario y conveniente para facilitar la comunicación colectiva inherente a las distintas actividades de una forma directa y efectiva. Autorizando a su vez que estos datos de contacto puedan ser públicos para más sujetos relacionados con el Grupo Scout Tallac
6. Como tutor legal del menor autorizo a que todo el material gráfico y videográfico, en particular fotografías y vídeos, pero sin excluir ningún otro tipo de materiales multimedia, pueda ser utilizado y difundido por: el Grupo Scout Tallac, Scouts de Madrid- mSc, Movimiento Scout Católico, la Oficina Scout Mundial o la Fundación Promesa, dentro de sus actividades, publicaciones, materiales promocionales, materiales videográficos o multimedia.
7. De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que, todos los datos a los que tenga acceso, facilitados por Vd., serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Tallac, de Scouts de Madrid – MSC, la Fundación Promesa para posibilitar el mantenimiento y la gestión de la relación con el miembro del grupo y su familia y a Mutua Seguros con la finalidad de asegurar a nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.
8. 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 Responsable del grupo, a la siguiente dirección: de correo electrónico firmado digitalmente: [kraal@tallac.org](mailto:kraal@tallac.org)  
En Madrid a

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTORA

Esta hoja es solo para nuevas inscripciones. Si tus datos personales no han cambiado no es necesario volverla a entregar.



## INSCRIPCIÓN GRUPO SCOUT TALLAC

UNIDAD (MARCAR CON UNA CRUZ):



Castores  
(6-8 años)



Lobatos  
(9-11 años)



Rutas  
(+18)



Rangers  
(12-14 años)



Pioneros  
(15-17 años)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
TIPO DE VIA: \_\_\_\_\_ NOMBRE VIA: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ PUERTA: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

### DATOS TUTOR LEGAL 1

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_  
EMAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

### DATOS TUTOR LEGAL 2

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_  
EMAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

AÑO DE ENTRADA EN EL GRUPO: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_

Nº HERMANOS EN EL GRUPO: \_\_\_\_\_ UNIDADES DE LOS HERMANOS: \_\_\_\_\_

¿TIENE ABONO DE TRANSPORTE MENSUAL? Si  
No  
Otros

Esta hoja es solo para nuevas inscripciones. Si tus datos personales no han cambiado no es necesario volverla a entregar.

## **FICHA MÉDICA**

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

**PESO:** \_\_\_\_\_ **TALLA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

### **ENFERMEDADES**

Tiene o ha tenido enfermedades de: **(por favor amplíe y especifique en la sección de observaciones)**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Asma			Espalda y articulaciones		
Cefaleas			Afecciones psiquiátricas		
Audición			Problemas menstruales		
Visión			Afecciones neurológicas		
Bronquitis			Sonambulismo		
Diabetes			Estómago, intestinos		
Epilepsia			Afecciones cardiovasculares		
Enuresis			Afecciones renales		

### **OBSERVACIONES**

### **INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas de relevancia **(por favor amplíe y especifique)**

## ALERGIAS

Es alérgico a: **(por favor amplíe y especifique)**

- Alimentos: \_\_\_\_\_
- Medicamentos: \_\_\_\_\_
- Animales: \_\_\_\_\_
- Plantas: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_