



# ¡Bienvenidos!

Os dejamos la documentación necesaria para apuntarse a esta nueva ronda 2025/2026.

## INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DE CUOTAS

Nº DE CUENTA	ES42 0075 7007 8506 0801 0326 ( <i>Santander</i> )
CONCEPTO	<b><u>NOMBRE DEL NIÑO Y UNIDAD</u></b>

<b>1 NIÑO/A</b> (incluye 10 papeletas)	Pago único: 120€ Pago fragmentado: 60€/60€
<b>2 NIÑOS/AS</b> (no rutas) (incluye 15 papeletas)	Pago único: 200€ Pago fragmentado: 100€/100€
<b>3 NIÑOS/AS</b> (no rutas) (incluye 20 papeletas)	Pago único: 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.

## INFORMACIÓN SOBRE PLAZOS:

- Podéis pagar la cuota en dos plazos:
- 1er plazo: finaliza el **miércoles 15 de octubre de 2025**
  - 2º plazo: finaliza el **miércoles 21 de enero de 2026**

## DOCUMENTOS A ENTREGAR:

Una vez hecho el ingreso y rellenado los papeles, los enviarás a:

**[secretaria.tallac@scoutsdemadrid.org](mailto:secretaria.tallac@scoutsdemadrid.org)**

1. Foto del niño (\*)
2. Inscripción al Grupo Scout Tallac. (Página 1)
3. Autorización anual de participación en actividades. (Página 2)
4. Autorización de medicamentos (Página 3)
5. Ficha médica (Página 4)

(\*) Si ya has estado en el GS Tallac otros años, no es necesario que entregues una foto.

**LA FECHA TOPE PARA ENTREGAR ESTOS PAPELES SERÁ EL  
SÁBADO 18 DE OCTUBRE DE 2025**

Se recuerda que hasta que no esté **toda** la documentación entregada, el chaval no podrá participar en **ninguna actividad fuera de la parroquia** (salidas de unidad, salidas de grupo...)

¡Esperamos que sea un año cargado de grandes sorpresas y aventuras!

Muchísimas gracias.  
**El Kraal.**



# INSCRIPCIÓN AL GRUPO SCOUT TALLAC

UNIDAD (MARCAR CON UNA CRUZ):



Castores (6 - 8 años)  
(2017 - 2019)



Lobatos (9 - 11 años)  
(2014 - 2016)



Rangers (12 - 14 años)  
(2011 - 2013)



Pioneros (15 - 17 años)  
(2008 - 2010)



Rutas (+18)  
(2005 - 2007)

**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:** \_\_\_\_\_  
**EMAIL:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_

## DATOS TUTOR LEGAL 2

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDOS:** \_\_\_\_\_  
**DNI/NIE:** \_\_\_\_\_  
**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:** \_\_\_\_\_

*(ABONO OBLIGATORIO PARA LOS NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS)*



**GRUPO SCOUT TALLAC**  
**Scouts de Madrid – MSC**  
Avda. de Abrantes 111, 28025 Madrid

### **AUTORIZACIÓN ANUAL DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE/Pasaporte N° \_\_\_\_\_ y  
D<sup>o</sup>/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE/Pasaporte N° \_\_\_\_\_,  
como tutores legales de \_\_\_\_\_, con DNI/NIE/ Pasaporte N° \_\_\_\_\_,  
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 2025/2026, 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 *Santa 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 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 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: **[secretaria.tallac@scoutsdemadrid.org](mailto:secretaria.tallac@scoutsdemadrid.org)**

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 .

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTORA



## AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

### MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES PERMANENTES/CRÓNICAS

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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 .

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR



**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda y articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estómago, intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afecciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## OBSERVACIONES

## INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

¿Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas de relevancia? **(por favor indique y especifique)**

## ALERGIAS

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

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