¡BIENVENIDOS!

Os dejamos la documentación necesaria para apuntarse a esta nueva ronda 2026 / 2027.

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DE CUOTAS

Nº DE CUENTA	**ES42 0075 7007 8506 0801 0326** ***(Santander)***
CONCEPTO	***NOMBRE DEL NIÑ@ Y UNIDAD***

1 NIÑO/A	Pago único: 120€ Pago fragmentado: 60€/60€
2 NIÑOS/AS (no rutas)	Pago único: 200€ Pago fragmentado: 100€/100€
3 NIÑOS/AS (no rutas)	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 14 de octubre de 2026**
- 2º plazo: finaliza el **miércoles 20 de enero de 2027**

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

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 17 DE OCTUBRE DE 2026

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.

INSCRIPCIÓN AL GRUPO SCOUT TALLAC

UNIDAD (MARCAR CON UNA CRUZ):



Castores (6 - 8 años)
(2018 - 2020)
☐



Lobatos (9 - 11 años)
(2015 - 2017)
☐



Rangers (12 - 14 años)
(2012 - 2014)
☐



Pioneros (15 - 17 años)
(2009 - 2011)
☐



Rutas (+18)
(2005 - 2008)
☐

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 TRANSPORTE OBLIGATORIO PARA **TODOS LOS CHAVALES**)*

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

AUTORIZACIÓN ANUAL DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES

D./Dª _____, con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____ y
Dº/Dª _____, con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____,
como tutores legales de _____, con DNI/NIE/ 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 el *Grupo Scout Tallac, pertenecientes a Scouts de Madrid,* dentro del año escolar 2026/2027, 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**

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

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)**

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

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: _____