

## A. FICHA DE INSCRIPCIÓN

WWW.CALASANZ-VAL.ORG @INFORMACIÓN

### Datos del chaval

D.N.I. (obligatorio si el chaval tiene):  
 Nombre:  
 Apellidos:  
 Fecha de nacimiento:  
 Dirección:  
 Código postal:  
 Localidad:  
 Provincia:  
 Teléfonos (fijo y móvil):  
 Correo electrónico:  
 Fecha de alta en el Grupo Scout Calasanz-Val:  
 Fecha de inicio del periodo de prueba (sólo para altas nuevas):  
 Fecha de alta en la ronda actual:  
 Unidad:



### Datos del padre, madre y/o tutor legal

#### PADRE – MADRE – TUTOR LEGAL

Nombre, apellidos y DNI:  
 Teléfono (indicar la mejor hora para contactar):  
 Profesión:  
 Correo electrónico:

#### PADRE – MADRE – TUTOR LEGAL

Nombre, apellidos y DNI:  
 Teléfono (indicar la mejor hora para contactar):  
 Profesión:  
 Correo electrónico:

#### PADRE – MADRE – TUTOR LEGAL

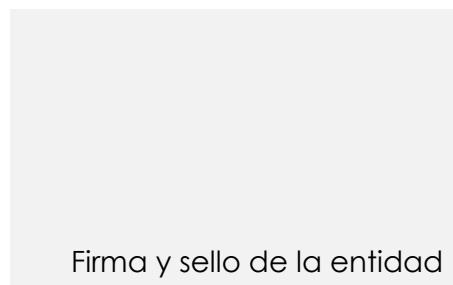
Nombre, apellidos y DNI:  
 Teléfono (indicar la mejor hora para contactar):  
 Profesión:  
 Correo electrónico:

En Alcalá de Henares, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del chaval

Firma del padre/madre/tutor

Firma y sello de la entidad



**B. FICHA MÉDICA****Datos personales**

D.N.I. (obligatorio si el chaval tiene):  
Nombre y apellidos:  
Fecha de nacimiento:  
Teléfonos (fijo y móvil):  
\*Unidad:

**Datos de contacto en caso de urgencia**

Nombre y apellidos del padre, madre o tutor:  
Teléfonos (fijo y móvil):  
Nombre y apellidos del padre, madre o tutor:  
Teléfonos (fijo y móvil):

**Calendario de vacunaciones**

¿Está el calendario de vacunaciones al día?

**Historia médica**

Cardiovascular:  
Traumatología:  
Aparato digestivo:  
Alergias:  
Endocrinología:  
Broncopulmonar:  
Psicológicos y psiquiátricos:  
Última reacción alérgica:  
Última visita al médico:  
Última intervención quirúrgica:

**Alimentación**

¿Sigue algún tratamiento de comidas? (Adjuntar tratamiento)

**Actividad física**

Actividades deportivas que no pueda realizar:

¿Sabe nadar?

**Aspectos psicológicos y/o psiquiátricos**

Describe los procesos psicológicos y/o psiquiátricos

**Observaciones**

Escribe aquí todo lo que consideres de interés sobre la salud de tu hijo o hija. También puedes detallar cualquier proceso declarado anteriormente.

En Alcalá de Henares, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del padre/madre/tutor

Firma y sello de la entidad

### C. AUTORIZACIÓN GENERAL

1. Autorizo al menor bajo mi tutela a participar en todas las actividades organizadas por el Grupo Scout Calasanz-Val dentro del año escolar 2011/2012, tanto en las realizadas dentro del recinto del colegio y local como las que tengan lugar fuera de los mismos, incluso si éstas tuvieran lugar fuera de la Comunidad Autónoma de Madrid.
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 Calasanz-Val, 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 de las incidencias relevantes relativas a la salud 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. 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 por: el Grupo Scout Calasanz-Val, Scouts de Madrid-MSA, Scouts MSA o la Oficina Scout Mundial, dentro de sus actividades, publicaciones, materiales promocionales, materiales videográficos o multimedia.
5. De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que todos los datos a los que tenga acceso, facilitados por Vd., serán incorporados a los ficheros del Grupo Scout Calasanz-Val y de Scouts de Madrid-MSA, para posibilitar el mantenimiento y la gestión de la relación con el miembro del grupo y su familia.
6. 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 Secretaría, a la siguiente dirección: **Grupo Scout Calasanz-Val, C/ Vía Complutense 69, 7º 1, 28805 Alcalá de Henares, Madrid, España** o mediante correo electrónico firmado digitalmente a: [secretaria@calasanz-val.org](mailto:secretaria@calasanz-val.org).

En Alcalá de Henares, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

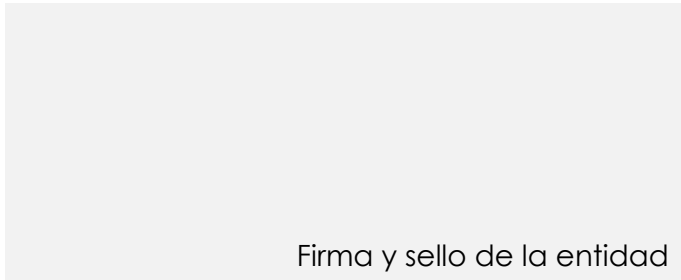
D. / D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

D. / D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

como tutores legales de \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

aseguramos haber leído y dado nuestra total conformidad a todos y cada uno de los puntos anteriores.

**Firma del padre/madre/tutor**



## D. DOMICILIACIÓN BANCARIA

D. / D<sup>ª</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_  
 D. / D<sup>ª</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_  
 como tutores legales de \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

comunican al SR/A. DIRECTOR/A:

Banco / Caja \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Muy Sr. /Sra. mío/a:

Ruego a Vd. que hasta nuevo aviso se sirvan hacer efectivos los recibos que les presente al cobro **Scouts de Madrid. Movimiento Scout Católico**, del Grupo Scout Calasanz-Val, con cargo a mi Cuenta Corriente, cuyo Titular y Número más abajo se especifican:

Nombre del titular de la cuenta

\_\_\_\_\_

Número de cuenta

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)			
ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº DE CUENTA

Nombre del titular de los recibos (socio/a)

\_\_\_\_\_

Atentamente le saluda,

Firma del titular de la cuenta

\_\_\_\_\_

Firma del titular de la cuenta



Firma y sello de la entidad

## INSTRUCCIONES Y CONDICIONES GENERALES PARA LA INSCRIPCIÓN A LA RONDA

El Grupo Scout Calasanz-Val es una entidad en situación de grupo reconocido de la asociación educativa Scouts de Madrid-MSD, inscrita en el Registro de Asociaciones de la C.A.M. con el núm. 20.134, en el Censo de Asociaciones Juveniles de la C.A.M. con el núm. 94/0071, inscrita dentro del Ministerio de Justicia con el núm. 1776 SE/C, y está inscrito en el Registro de Asociaciones Vecinales del Ayuntamiento de Alcalá de Henares con el núm. 41.

Para realizar correctamente la inscripción es obligatorio entregar a la Secretaria del Kraal las fichas A, B, C y D de este cuadernillo de inscripción debidamente cumplimentadas. Los lugares en los que se puede entregar el cuadernillo de inscripción son en el CEIP Miguel Hernández, los sábados no festivos de 17h a 19h; y en nuestro local, los sábados no festivos de 19h a 22h.

Existe un seguro obligatorio de carácter anual que debe de ser pagado en el plazo indicado por el Kraal de Responsables del Grupo. El abono de este seguro es obligatorio para la realización de cualquier actividad con el Grupo y se realizará a través de un pago único y completo, independientemente de la fecha de entrada en el Grupo. La cuantía de este seguro la establece Scouts de Madrid-MSD. Para la ronda 2011-2012, la cuantía prevista para este seguro es de 42€. La aseguradora actual con la que trabaja Scouts de Madrid-MSD desde el 1 de enero de 2010 es AXA. Nuestro número de póliza es el 17194593.

Existe una cuota de carácter mensual que se abona de manera trimestral a través de domiciliación bancaria. Los meses de ronda son de Octubre a Junio ambos incluidos. La cuantía y las fechas de emisión de los recibos **se establecen en la Asamblea General 2011** (Reunión de Padres de Octubre) en diálogo con el Tesorero del Kraal. A modo de ejemplo, para la ronda pasada, la 2010-2011, la cuota establecida fue de 10€ al mes. Cualquier cuestión relacionada con Tesorería se puede resolver a través de la cuenta de correo electrónico [tesoreria@calasanz-val.org](mailto:tesoreria@calasanz-val.org) o en el local del Grupo bajo cita previa.

Para que tanto **el alta como la baja sea efectiva, tiene que constar la firma del padre, madre o tutor del chaval** así como el sello del Grupo y la firma de la Secretaria del Kraal o de alguno de los miembros del Kraal de Responsables del mismo en su defecto. Las cuotas que se pudieran tener pendientes a la hora de la baja, deberán de ser abonadas para poder tramitar esta. La firma de las fichas A, B, C y D implica la conformidad y la aprobación de las condiciones anteriormente expuestas, así como el reconocimiento de haber facilitado la información médica precisa exonerando al Grupo de las incidencias que pudieran derivarse por la falta de información al respecto.

---

### NÚMERO DE SOCIO Y CÓDIGO DE BARRAS PARA LA IDENTIFICACIÓN

Con el fin de agilizar y facilitar los procesos administrativos del Grupo, esta ronda será de vital importancia el uso de este identificador para el socio/a. Este identificador es único y exclusivo del chaval y servirá para el acceso a servicios en la Web, para la inscripción en actividades y muchos más servicios que iremos implantando poco a poco.

Código de identificador de socio/a	Clave de acceso