



HOJA DE INSCRIPCIÓN EN EL GRUPO SCOUT



GRUPO SCOUT: GRUPO SCOUT SAN JOSE AXARQUÍA (VÉLEZ MÁLAGA)

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE:		APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	DNI:
DIRECCIÓN:		Nº:	PTA.:
C.P.:	LOCALIDAD:		PROVINCIA:
TELÉFONO 1:	TELÉFONO 2:	E-MAIL:	

SITUACIÓN DEL ASOCIADO

MAYOR DE EDAD MENOR DE EDAD EMANCIPADO MENOR DE EDAD (EN CASO DE MENOR DE EDAD, RELLENAR LA INFORMACIÓN DE PADRES /

SITUACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES (A EFECTOS DE SABER QUIEN ES EL RESPONSABLE LEGAL DEL MENOR)

ESTADO CIVIL:

(CASADOS, PAREJA DE HECHO, FAMILIA MONOPARENTAL, SEPARADOS, DIVORCIADOS, ETC.)

EN CASO DE QUE EXISTA UN TIPO DE CUSTODIA DEL MENOR ESPECIFICAR:

NINGUNA TUTELA LEGAL CUSTODIA ÚNICA CUSTODIA CONJUNTA (EN CASO DE CUSTODIA CONJUNTA DEBEN FIRMAR LA

DATOS DE LOS PADRES / TUTORES

NOMBRE:		APELLIDOS:	
MOVIL:	E-MAIL:		DNI:
NOMBRE:		APELLIDOS:	
MOVIL:	E-MAIL:		DNI:

LAS CIRCULARES DEL GRUPO SE PODRÁN RECIBIR POR CORREOS ELECTRÓNICOS O MENSAJERIA MÓVIL

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD / MENORES EMANCIPADOS

DECLARO:

1º.-Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.

2º.-Que cedo al grupo scout (perteneciente a una asociación miembro del Movimiento Scout Católico) los derechos sobre mi imagen cuando esta se reproduzca en las fotografías y videos tomados en las actividades realizadas. En consecuencia, autorizo al grupo scout a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización.

3º.- Autorizo a la utilización de imágenes y videos por parte del grupo scout y las asociaciones scouts de las que es miembro (a nivel provincial, autonómico, nacional e internacional), con la finalidad de mostrar y promocionar sus actividades y el esculptismo en general, siempre en ámbitos no comerciales.

Se entiende que el grupo scout prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

El firmante reconoce por otra parte, no estar vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.

Le informamos que los datos personales serán incorporados a un Fichero denominado SOCIOS, titularidad de MOVIMIENTO SCOUT CATÓLICO, cuya finalidad es la gestión de los datos de los socios necesarios para el desarrollo de la actividad del Movimiento Scout Católico. Los datos personales únicamente serán utilizados en los términos previstos por la legislación vigente y para la finalidad indicada y podrán ser cedidos a las distintas asociaciones y grupos pertenecientes a Movimiento Scout Católico con la finalidad de gestionar dichos datos. La negativa al tratamiento o cesión de sus datos llevaría aparejada la imposibilidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación, ya que los mismos son necesarios para la llevar a cabo las actividades derivadas de la misma.

Se puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES 416, 1º 4ª, 08015 BARCELONA.

• Autorizo a que mis datos personales sean almacenados y/o tratados con la finalidad arriba indicada, dando para ello mi consentimiento expreso y por escrito.

• Autorizo que mis datos personales sean cedidos en los términos arriba indicados.

_____, ____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

(EN CASO DE MENORES EMANCIPADOS ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA EMANCIPACIÓN)

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. _____

D. / Dña. _____

Como representante/es legal de _____

DECLARA:

1º.- Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.

2º.- Que cedo al Grupo Scout (perteneciente a una asociación miembro de la Movimiento Scout Católico) los derechos que tiene sobre la imagen del menor cuando esta se reproduzca en las fotografías y videos tomados en las actividades realizadas. En consecuencia, el representante legal autoriza al Grupo Scout a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización.

3º.- Autoriza a la utilización de imágenes y videos del menor por parte del Grupo Scout y las asociaciones Scouts de las que es miembro (a nivel provincial, autonómico, nacional e internacional), con la finalidad de mostrar y promocionar sus actividades y el esculptismo en general, siempre en ámbitos no comerciales.

Se entiende que el Grupo Scout prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada del menor, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

El representante legal reconoce por otra parte que el menor no está vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre. Le informamos que los datos personales serán incorporados a un Fichero denominado SOCIOS, titularidad de MOVIMIENTO SCOUT CATÓLICO, cuya finalidad es la gestión de los datos de los socios necesarios para el desarrollo de la actividad del Movimiento Scout Católico. Los datos personales únicamente serán utilizados en los términos previstos por la legislación vigente y para la finalidad indicada y podrán ser cedidos a las distintas asociaciones y grupos pertenecientes a Movimiento Scout Católico con la finalidad de gestionar dichos datos. La negativa al tratamiento o cesión de sus datos llevaría aparejada la imposibilidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación, ya que los mismos son necesarios para la llevar a cabo las actividades derivadas de la misma. Se puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES 416, 1º 4ª, 08015 BARCELONA.

• Autorizo a que los datos personales del asociado sean almacenados y/o tratados con la finalidad arriba indicada, dando para ello mi consentimiento expreso y por escrito.

• Autorizo que los datos personales del asociado sean cedidos en los términos arriba indicados.

_____, ____ de _____ de 2021

Firma: _____ Firma: _____

DNI: _____ DNI: _____

(LA SEGUNDA FIRMA SERÁ NECESARIA EN CASO DE CUSTODIA CONJUNTA)

(Junto a este impreso será necesario adjuntar la fotocopia del DNI del responsable firmante, el libro de familia actualizado o si procede acreditación de la custodia o tutela)



**FICHA SANITARIA ASOCIADO/A
GRUPO SCOUT SAN JOSÉ AXARQUÍA**

C/Camino de Algarrobo, 38
29700 Vélez-Málaga (Málaga)
scoutsanjosevelez@gmail.com

DATOS DEL ASOCIADO/A

NOMBRE:		APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	
TELEFONO:		EMAIL:	

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES (en caso de menores de edad)

NOMBRE:		APELLIDOS:	
TEL:		EMAIL:	
DNI:			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
TEL:		EMAIL:	
DNI:			

FICHA SANITARIA

Tipos de Seguro: Seguridad Social o Privada

GRUPO SANGUINEO:		SEGURO:		NUMERO:	
ENFERMEDADES PASADAS (SARAMPIÓN HEPATITIS ASMA CARDIACAS OTRAS:					
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? SI NO		¿CUÁL?			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SI NO		¿CUÁL?			
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? SI NO		¿CUÁL?			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? SI NO		¿CUÁL?			
OTRAS ALERGIAS					
OTROS DATOS DE INTERÉS					

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS
<p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO: Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.</p> <p>Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad del GRUPO SCOUT SAN JOSE, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado presenta, para lo que usted consiente expresamente.</p> <p>En cualquier momento, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, comunicando y acreditando su personalidad dirigido a GRUPO SCOUT SAN JOSE, C/ Camino de Algarrobo, 38, de Vélez-Málaga (Málaga).</p> <p>Usted consiente expresamente en la cesión de sus datos personales a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p>Declaro ser mayor de edad</p> <p>Vélez-Málaga, a</p> <p>Firma del asociado/a</p>	<p>Los padres o tutores, DECLARAMOS: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad. AUTORIZO: Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.</p> <p>Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad del GRUPO SCOUT SAN JOSE, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado presenta, para lo que usted consiente expresamente.</p> <p>En cualquier momento, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, comunicando y acreditando su personalidad dirigido a GRUPO SCOUT SAN JOSE, C/ Camino de Algarrobo, 38, de Vélez-Málaga (Málaga).</p> <p>Usted consiente expresamente en la cesión de sus datos personales a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p>, a de 2021</p> <p><i>(Firma manuscrita)</i></p> <p>Firma Firma Firma de los padres o tutores</p>

(Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona asociada).

	AUTORIZACION DEL ASOCIADO/A MENOR DE EDAD GRUPO SCOUT SAN JOSÉ AXARQUÍA C/Camino de Algarrobo, 38 29700 Vélez-Málaga (Málaga)
--	--

DATOS DEL ASOCIADO/A

NOMBRE:		APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	
TELEFONO:		EMAIL:	

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

NOMBRE:		APELLIDOS:	
TEL:		EMAIL:	
DNI:			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
TEL:		EMAIL:	
DNI:			

AUTORIZACIÓN:

- AUTORIZAMOS** a mi hijo/a _____ a realizar todas las actividades organizadas por el Grupo Scout San José Vélez Málaga, perteneciente a la Asociación Diocesana de Escultismo de Málaga (ADE), adscrita a la Federación de Scouts Católicos de Andalucía (SCA), y a su vez al Movimiento de Scouts Católicos de España (MSC), tanto dentro como fuera del entorno de la Parroquia, acompañado por sus monitores/Scouters dentro del horario estipulado y conforme al reglamento de la organización y funcionamiento del grupo. No haciendo responsables a los monitores/Scouters de los actos que mi hijo/a realice por desobediencia.
- SI / NO AUTORIZAMOS (marca la que proceda)** a que mi hijo/a regrese por sus propios medios a su casa, una vez acabado las actividades que tendrán lugar en la Parroquia San José de Vélez Málaga, sita en C/ Camino de Algarrobo, 38, entendiendo que desde el momento en que mi hijo/a deja la Parroquia, el Grupo Scouts delega en mi toda la responsabilidad.
- CONFIRMAMOS** estar plenamente informado de que pasado 15 minutos después del final de la actividad, tanto en la Parroquia como fuera, el Grupo San José Vélez Málaga delega en mi toda la responsabilidad de mi hijo/a, salvo que avise a su responsable de la imposibilidad de recogerlo a tiempo por causas ajenas a mi voluntad.
- DECLARAMOS** que mi hijo/a no padece enfermedad infecto-contagiosa o problema físico que impida su participación en las actividades que se desarrollarán a lo largo de la Ronda Solar y que ha sido debidamente vacunado/a según indicaciones de la organización.
- ESTA AUTORIZACIÓN** se hace extensiva en lo referente a las decisiones de carácter médico - quirúrgico que, en situación de necesidad y bajo prescripción facultativa, fuese necesario tomar llegado el caso.
- AUTORIZAMOS** a los monitores/Scouters a dar la medicación a mi hijo/a en caso de enfermedad. Incluyo la posología firmada por el médico.
- DAMOS EL CONSENTIMIENTO** para incluir los teléfonos móviles arriba expuestos en los grupos de mensajería instantánea de las ramas que correspondan al asociado, estando en ellos tanto los padres o tutores como los monitores y/o responsables del grupo, para mantener informado de las actividades y asuntos relacionados con la ronda actual. El responsable de la rama y/o del grupo serán los administradores de dicho grupo de mensajería, pudiendo añadir o expulsar a cualquier miembro del grupo sin previo aviso. Cada ronda será actualizada. Podrá retirar este consentimiento en cualquier momento comunicándolo al responsable de la rama.

En caso de urgencia comunicarse con:

Nombre: _____ Tlf.: _____

En _____, a _____ de _____ de 2021

YáÁá{ aa[Á} Áaa} iā ^!aa@ læ

Fdo. _____

Fdo. _____

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____

Dirección / Address _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País / Country _____

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo) _____

Dirección del deudor / Address of the debtor _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País del deudor / Country of the debtor _____

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters) _____

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: _____
Type of payment

Pago recurrente **O** **Pago único**
Recurrent payment *or* *One-off payment*

Fecha – Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.