



## Solicitud de ingreso

Yo, \_\_\_\_\_, con  
DNI \_\_\_\_\_, solicito en calidad de padre / madre / representante legal,  
el ingreso de mi hijo/a, tutorando/a, \_\_\_\_\_  
conforme a los datos personales que figuran a continuación, en la Asociación Grupo  
Scout Hércules 283 de A Coruña

### Datos del socio/a

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor/persona de contacto \_\_\_\_\_

Teléfonos: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO a la asociación Grupo Scout Hércules 283, a la publicación de la imagen de mi hijo/a, tutorando/a y a su aparición nos medios de comunicación con el fin de darle difusión al movimiento scout

Firma (padre/madre/representante legal):

\_\_\_\_\_

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999. Del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los archivos del Grupo Scout Hércules 283, con el fin de gestionar y organizar las actividades. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal remitiendo un escrito al correo electrónico: [hercules283@gmail.com](mailto:hercules283@gmail.com)



## Datos médicos

Número tarjeta sanitaria: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos, alimentos, otras sustancias...: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Indicar cuales: \_\_\_\_\_

Padece o padeció ataques convulsivos: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Vacunas en regla: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Cardiopatías o soplos cardíacos: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Incontinencia de esfínteres: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Problemas auditivos: Sí \_\_\_ No \_\_\_ / Problemas oculares: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Medicación habitual y dosis: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Otros datos de interés médico: \_\_\_\_\_

Al no presentar informe médico, DECLARO, bajo mi exclusiva responsabilidad, que mi hijo/a, tutorando/a, no tiene incompatibilidad ni impedimento alguno para realizar actividades al aire libre en campamentos, rutas de senderismo y similares en contacto directo, o no, con la naturaleza y que los datos que figuran en este formulario son ciertos.

Nombre y apellidos (padre/madre/representante legal)

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma (padre/madre/representante legal):

\_\_\_\_\_

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999. Del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los archivos del Grupo Scout Hércules 283, con el fin de gestionar y organizar las actividades. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal remitiendo un escrito al correo electrónico: hercules283@gmail.com.