



HOJA DE INSCRIPCIÓN EN EL GRUPO SCOUT MAYORES DE EDAD O MENORES EMANCIPADAS



GRUPO SCOUT KIPLING

DATOS DE LA PERSONA ASOCIADA

NOMBRE:

APELLIDOS:

GÉNERO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DNI:

DIRECCIÓN:

CP:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

TELÉFONO 1:

TELÉFONO 2:

COMO NOS HAS CONOCIDO:

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA:

TITULAR DE LA CUENTA:

DNI:

IBAN:

ENTIDAD BANCARIA:

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y USO DE LA IMAGEN

☐ Autoriza al grupo scout a reproducir imágenes y videos de la persona que representa con fines relacionados con la actividad.

☐ NO autoriza al grupo scout a reproducir imágenes y videos de la persona que representa con fines relacionados con la actividad.

AUTORIZACIÓN PARA QUE PUEDA VIAJAR EN UN VEHICULO PRIVADO

☐ Autoriza a él/la menor a viajar en vehículo privado durante el desarrollo de la actividad.

☐ NO Autoriza a él/la menor a viajar en vehículo privado durante el desarrollo de la actividad.

☐ Autorizo la asistencia a las reuniones y actividades del grupo Scout Kipling, que se desarrollan habitualmente en el Colegio Alemán y, de manera complementaria, en el parque de Viveros, como espacios de referencia del grupo.

☐ Acepto que el importe de la cuota del grupo sea cargado en la cuenta bancaria indicada, autorizando a [nombre del grupo] a emitir la orden de adeudo domiciliado.

☐ No acepto la domiciliación y me comprometo a realizar el pago por otro medio.

☐ Acepto el tratamiento de mis datos

☐ No acepto el tratamiento de mis datos

Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales y los de la persona que representa, a **FEV**, al **Movimiento Scout Católico**, y a las **Asociaciones Scouts (SdC, MEV i/o SdA)** con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad, y a **UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros** y a **Asesoramiento Médico siglo XXI**, con la finalidad de asegurar a nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.

☐ Acepto la cesión de mis datos a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros.

☐ No acepto la cesión de mis datos a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros.

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos y los de la persona que representa legalmente implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la **FEV**.

☐ Declaro que todos los datos del documento son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

☐ Declaro que, en caso de máxima urgencia, la persona responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimientos y prescripción médica, si **NO** ha sido posible mi localización.

La/s persona/s firmante/es reconoce/n por otra parte que la persona representada no tiene vinculación a ningún contrato exclusivo sobre su imagen o su nombre.

Nombre y apellidos:


DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

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

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDGDD 3/2018), en base al artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), le informamos de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal titularidad de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, creado para la finalidad de gestionar las actividades y los servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para enviarles comunicaciones sobre actividades, servicios o información de interés para usted de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que **usted consiente expresamente**. En cualquier momento podrá ejercitar los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), en consecuencia tiene derecho a solicitar a la persona responsable del tratamiento el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en un tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, Plaza de Las Escuelas Pías, nº 3, bajo, izquierda, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección fev@scoutsfev.org. La legitimación del tratamiento que legitima o legaliza el tratamiento de sus datos personales es la solicitud por escrito de incorporación al grupo scout correspondiente mediante la cumplimentación y la firma de la hoja de inscripción en el grupo scout (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito) y en su caso el consentimiento libremente prestado por el interesado o afectado. Respecto al plazo temporal de conservación de sus datos personales, le informamos que éstos serán conservados mientras sean necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido registrados. Por lo tanto, se procederá a su cancelación cuando éstos hayan dejado de ser necesarios para cumplir con las finalidades legítimas descritas anteriormente. Conforme a lo estipulado por el artículo 13.2. c) del RGPD le comunicamos la existencia del derecho a retirar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Asimismo, también le informamos de su derecho a presentar en su caso una reclamación ante la autoridad de control nacional (AEPD).

		FICHA SANITARIA MAYORES DE EDAD O MENORES EMANCIPADAS			
DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE					
NOMBRE		APELLIDOS		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITA			
NOMBRE PADRE/TUTOR (COMO CONTACTO)		NOMBRE MADRE/TUTORA (COMO CONTACTO)		TLF. DE CONTACTO 1	TLF. DE CONTACTO 2
FICHA SANITARIA: INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA UNA POSIBLE ASISTENCIA MÉDICA					
GRUPO SANGUÍNEO		RH		SEGURO AL QUE PERTENECE	
		NÚMERO DEL SEGURO / SIP			
ENFERMEDADES PASADAS <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN		<input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> VARICELA <input type="checkbox"/> NEUMONÍA <input type="checkbox"/> RUBEOLA			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS <input type="checkbox"/> CORAZÓN <input type="checkbox"/> COLUMNA		<input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES <input type="checkbox"/> APÉNDICE <input type="checkbox"/> OTRAS: AÑO DE LA INTERVENCIÓN:			
ENFERMEDADES QUE PADECE <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSIQUICAS ¿CUÁLES? <input type="checkbox"/> OTRAS:		<input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ? DOSIS INSULINA:			
¿ESTA RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?			
OTRAS ALERGIAS: <input type="checkbox"/> PICADURA DE INSECTO ¿CUÁL?	<input type="checkbox"/> ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL?		<input type="checkbox"/> ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL?		<input type="checkbox"/> OTRAS: ¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL?			
¿SABE NADAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CARTILLA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADA (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTROS DATOS DE INTERÉS (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACIÓN HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...)					
CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER TOMA ALGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL?		CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA ES FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ESTA EMBARAZADA O LO SOSPECHA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR:			
		PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR			
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN					
<p align="center"><u>Continúa en el dorso de la hoja</u></p> <p><i>Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante.</i></p> <p><i>Si la actividad es fuera de los locales del grupo, será necesario entregar la tarjeta original.</i></p> <p><i>Se recomienda renovar esta ficha anualmente de cara a los campamentos de verano o cuando haya un cambio en la información de la misma.</i></p>					

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

- ☐ **Acepto** el tratamiento de mis datos informativos o para recibir comunicaciones.
- ☐ **No acepto** el tratamiento de mis datos con fines informativos o para recibir comunicaciones.

Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales a **FEV**, al **Movimiento Scout Católico**, y a las **Asociaciones Scouts (SdC, MEV y/o SdA)** con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad, y a **UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros y a Asesoramiento Médico siglo XXI**, con finalidades de aseguramiento de nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.

- ☐ **Acepto** la cesión de mis datos a las Entidades Scouts y de la Agencia de Seguros
- ☐ **No acepto** la cesión de mis datos a las Entidades Scouts y de la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad **FEV**.

- ☐ **Declaro** ser mayor de edad o ser menor de edad emancipada.
- ☐ **Declaro** que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.
- ☐ **Declaro** que en caso de máxima urgencia la persona responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDGDD 3/2018), en base al artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), le informamos de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal titularidad de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, creado para la finalidad de gestionar las actividades y los servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para enviarles comunicaciones sobre actividades, servicios o información de interés para usted de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que **usted consiente expresamente**. En cualquier momento podrá ejercitar los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), en consecuencia tiene derecho a solicitar a la persona responsable del tratamiento el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en un tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, Plaza de Las Escuelas Pías, nº 3, bajo, izquierda, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección fev@scoutsfev.org. La legitimación del tratamiento que legitima o legaliza el tratamiento de sus datos personales es la solicitud por escrito de incorporación al grupo scout correspondiente mediante la cumplimentación y la firma de la hoja de inscripción en el grupo scout (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito) y en su caso el consentimiento libremente prestado por el interesado o afectado. Respecto al plazo temporal de conservación de sus datos personales, le informamos que éstos serán conservados mientras sean necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido registrados. Por lo tanto, se procederá a su cancelación cuando éstos hayan dejado de ser necesarios para cumplir con las finalidades legítimas descritas anteriormente. Conforme a lo estipulado por el artículo 13.2. c) del RGPD le comunicamos la existencia del derecho a retirar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Asimismo, también le informamos de su derecho a presentar en su caso una reclamación ante la autoridad de control nacional (AEPD).