



ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT ANTÁRTIDA 621
ASDE – Exploradores de Madrid
Plaza de Los Arcos SN
28760 Colmenar Viejo
www.antartida621.com / antartida621@gmail.com

Formulario Ficha Socio

1. Datos personales del socio / afiliado:

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	F. NACIMIENTO
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

2. Datos personales de los padres o tutores:

Autorizan la afiliación del scout a la Asociación Grupo Scout 926 Antártida.

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

3. Domiciliación Bancaria de Cuotas:

Autorizo a la Asociación Grupo Scout 926 Antártida al cobro de la cuota mensual de grupo por domiciliación bancaria de acuerdo a lo dispuesto por la Asamblea de Grupo.

TITULAR DE LA CUENTA			ENTIDAD BANCARIA
ENTIDAD	SUCURSAL	D.C	CUENTA

En _____, de _____
a _____ de 200__

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos



ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT ANTÁRTIDA 621

ASDE – Exploradores de Madrid

Plaza de Los Arcos SN

28760 Colmenar Viejo

www.antartida621.com / antartida621@gmail.com

Formulario de Autorización

1. Datos personales del socio:

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	F. NACIMIENTO
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

2. Datos personales de los padres o tutores:

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

3. Autorización:

Como padres y/o tutores legales del menor de edad, miembro de la Asociación Grupo Scout Antártida 621 (ASDE - Exploradores de Madrid), autorizamos a que asista a todas las actividades que el grupo realice durante un año a partir de la fecha de firma.

No hacemos responsables a los monitores de los actos que por desobediencia o mal comportamiento realice nuestro hijo/a.

Así mismo delegamos en los responsables la capacidad de tomar decisiones sobre tratamiento médico o intervención quirúrgica, siempre que sea necesario y urgente para el bienestar y la salud de nuestro hijo/a, y tal decisión no nos pueda ser consultada.

En _____, a ____ de _____ de 200__

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos



ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT ANTÁRTIDA 621

ASDE – Exploradores de Madrid

Plaza de Los Arcos SN

28760 Colmenar Viejo

www.antartida621.com / antartida621@gmail.com

Formulario de Ficha Médica

1. Datos personales del socio:

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	F. NACIMIENTO
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

2. Datos personales de los padres o tutores:

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

DNI	NOMBRE	APELLIDOS	
DIRECCIÓN		POBLACIÓN Y CP	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

3. DATOS MÉDICOS:

Sexo: Hombre Mujer (hacer un círculo donde proceda)

Grupo Sanguíneo:

Enfermedades crónicas:

Operaciones:

¿Padece Asma? Sí No

Tratamiento:

Alergias o intolerancias:

Tipo de alergia	Si	No	Especificaciones
Plantas (polen...)			
Polvo			
Animales			
Alimentos			
Picaduras de insecto			
Medicamento			
Otros			

Tratamientos específicos en caso de reacción alérgica.



ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT ANTÁRTIDA 621

ASDE – Exploradores de Madrid

Plaza de Los Arcos SN

28760 Colmenar Viejo

www.antartida621.com / antartida621@gmail.com

Situaciones a las que es propenso:

Insomnio: Si No

Dolores de cabeza: Si No Tratamiento:

Hemorragias nasales: Si No

Sonambulismo: Si No

Mareos /Mareos en viaje: Si No Tratamiento:

Vómitos: Si No

Otros:

Régimen de comidas: Si (especificar) Ninguno

Tratamientos actuales y permanentes o larga duración:

(Especificar motivo del tratamiento, posología, y duración del tratamiento (fecha). Anotar todo lo que se estime necesario).

Limitaciones físicas:

¿Sabe nadar?: Si No

¿Padece o ha padecido alguna lesión que limite su actividad física/deportiva?

Si No. Especificar.

¿Tiene diagnosticado o se encuentra bajo algún tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Requiere algún tipo de atención especial?

Escribir cualquier información adicional que pueda complementar los datos contenidos en esta ficha con fines médicos en la parte de atrás de esta hoja.

Declaro que he entendido todas las preguntas y que la información que está en esta ficha es cierta.

Adjuntar fotocopia de la tarjeta de la seguridad social y/o otros seguros médicos

Fecha, firma del padre/madre/tutor: