

Nombre del niño/a:	DNI:
Sección:	Edad:

¿SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MEDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
MEDICACIÓN Y PAUTAS:

Si necesita algún tipo de medicación especial deberá ser entregada al responsable de la enfermería o en su caso a su Scouter de sección y entregar el prospecto.

PESO:	Kg.
VACUNAS:	

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA? (gripe, gastroenteritis, herpes, sarampión, neumonía u otras)
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (especificar cuál):

ALERGIAS (si es un medicamento indicar el componente)

ALERGIAS ALIMENTICIAS (no indicar gustos o preferencias, SOLO ALERGIAS O INTOLERANCIAS)

EN CASO DE :	ADMINISTRAR:
Cefaleas, malestar General	
Fiebre	
Mareo	
Picaduras de insecto	
Heridas leves	
Otros	

OBSERVACIONES

Declaro: Que todos los datos aportados del menor son datos ciertos. Serán de mi entera responsabilidad las consecuencias derivadas de datos no aportados, datos erróneos o datos sobrevenidos a la presente no comunicados.

En Murcia, a _____ de _____ de 20____

Firma del Tutor/a legal: D/Dña.: _____ DNI: _____

Protección de datos: De acuerdo con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679, se le informa que los datos de este formulario únicamente serán utilizados para la asistencia sanitaria durante la ronda solar y sólo se cederán a terceros cuando resulte estrictamente imprescindible a tal efecto en cumplimiento de una obligación legal. El formulario únicamente se conservará durante el tiempo necesario para cumplir con dicha finalidad. Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante correo a Grupo Scout Loyola, Calle Arco de Santo Domingo 1 – 30001 – Murcia o mediante correo electrónico dirigido a secretaria@gruposcoutloyola.es, pudiendo asimismo dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos para la tutela de sus derechos.