



### DATOS PERSONALES DEL MENOR

Nombre y apellidos:		Sexo:	
Fecha de nacimiento:	DNI:	Rama:	
Dirección:			
CP:	Localidad:	Provincia:	
Tlf. Fijo:	Móvil:	Seguridad Social:	
Email:		Fecha ingreso grupo:	

### DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos Padre o Tutor:			
Fecha de nacimiento:	DNI:		
Dirección:	CP:		
Localidad:	Provincia:	Profesión:	
Tlf. Fijo:	Móvil:	Email:	
Nombre y apellidos Madre o Tutora:			
Fecha de nacimiento:	DNI:	CP:	
Dirección:			
Localidad:	Provincia:	Profesión:	
Tlf. Fijo:	Móvil:	Email:	

--

Firmar aquí

Fdo.:   
(nombre y apellidos)

## DELEGACIÓN DIOCESANA DEL MOVIMIENTO SCOUT CATÓLICO



Fecha de cumplimentación:  /  /

Peso:  Kg

Grupo Sanguíneo:

- Enfermedades (indicar que tratamiento sigue en ese caso):

- Alergias (alimentos, medicamentos, ambientales, otros):

- Problemas leves comunes (frecuentes dolores de cabeza, resfriado, esguince de tobillo, dolor de espalda, etc.) y tratamiento que sigue en estos casos, tanto medicación como otros:

- ¿Requiere alguna atención especial? (Nocturnas, por carácter...)

- Indíquenos cualquier otra observación que debamos saber. Si es posible, adjuntar cualquier documento para completar la información anterior, como instrucción de tratamiento, autorización o informemédico.

**DECLARO:**

- Que todos los datos anteriormente expuestos se corresponden con la realidad y que informaré de los cambios.

**AUTORIZO:**

- A los responsables de la actividad, en caso de máxima urgencia, bajo conocimiento y prescripción de un facultativo, a tomar las decisiones médicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.
- Que el responsable scout administre la medicación detallada por los padres en esta autorización.

Firmar aquí

Fdo.:

(nombre y apellidos)

**DELEGACIÓN DIOCESANA DEL MOVIMIENTO SCOUT CATÓLICO**

C.I.F.: G-11611613, Plaza del Arroyo, 50 – 11403 Jerez de la Frontera (Cádiz).  
Tfno. / Fax: 956 32 33 33 // web: [www.mscejerez.es](http://www.mscejerez.es) // e-mail: [secretaria@mscejerez.es](mailto:secretaria@mscejerez.es)

