**FICHA DE CONTROL DE ACTIVIDADES**

**FUERA DE LA SEDE DE GRUPO**

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES DEL GRUPO SCOUT** |
| No. de Grupo Scout |  | Nombre del Grupo |  |
| Provincia |  | Distrito |  |
| Lugar de Reunión: |  |
| Día de Reunión: |  | Hora de Reunión |   |
| Responsable de Grupo: |  | DUI |  |
| Tel: |  | Correo Electrónico |  | ID SISCOUT |  |
| Presidente de Grupo |  | DUI |  |
| Tel: |  | Correo Electrónico |  | ID SISCOUT |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD** |
| Responsable de Actividad |  | DUI |  |
| Tel: |  | Correo Electrónico |  |

|  |
| --- |
| **HORARIOS, FECHAS Y TIPO DE ACTIVIDAD** |
| [ ]  Salida de Grupo (Inferior a 12 h) [ ]  Actividad de Servicio [ ]  Celebración  | [ ]  Campamento Corto (Máximo 32h) [ ]  Campamento Largo (Superior a 32h) |
| Fecha de Salida  |  | Fecha de Retorno |  |
| Hora de Salida |  | Hora de Retorno |  |
| Lugar de Salida |  | Lugar de Retorno |  |
| **En caso de Convivio** |
| \*Número de los Grupos invitados: |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE A UTILIZAR** |
| Transporte de cada participante [ ]  Transporte en conjunto [ ]  |
| **Tipo de Transporte y Cantidad** |
| **Vehículo** | **Cant.** | **Sel.** | **Vehículo** | **Cant.** | **Sel.** |
| Bus Estándar (30 pasajeros en adelante) |  | [ ]  | Pick Up (5 pasajeros y carga) |  | [ ]  |
| Coaster (De 20 a 30 pasajeros) |  | [ ]  | Sedán (5 pasajeros y carga moderada) |  | [ ]  |
| Microbús (10 a 15 pasajeros) |  | [ ]  |  |  | [ ]  |
| * Se recomienda hacer una evaluación mecánica al vehículo antes de la salida, al igual que del equipo de emergencia.
 |

\*Cada Grupo Scout Invitado deberá presentar su propia documentación a su comisionado de animación Territorial correspondiente

**Hoja de Control de Participantes**

Hacemos constar los abajo firmantes que en dichos requisitos se cumplen:

1. Los participantes todos son miembros activos de la Asociación de Scouts de El Salvador
2. La relación de adultos-educandos ha sido verificada.
3. Que se les ha proporcionado el listado de equipo personal necesario para la actividad.
4. Que se tiene el permiso de participación de cada uno de los participantes por parte de los padres de familia o encargados.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Nombre Completo del Participante | Tipo de Participante | Edad | ID SISCOUT |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |
| No. | Nombre Completo del Participante | Rama o Unidad | Edad | ID SISCOUT |
| 36 |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |
| 72 |  |  |  |  |
| 73 |  |  |  |  |
| 74 |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE PARTICIPANTES** |
|  | F | M | Total |
| Lobatos/Lobeznas  |  |  |  |
| Scouts  |  |  |  |
| Caminantes  |  |  |  |
| Rovers  |  |  |  |
| Dirigentes de Manada (1 dirigente por 6 Lobatos/Lobeznas) |  |  |  |
| Dirigentes de Rama Scout (1 dirigente por 8 Scouts) |  |  |  |
| Dirigentes de Comunidad de Caminantes (1 dirigente por 5 Caminantes) |  |  |  |
| Dirigentes de Clan Rover (1 Dirigente por 5 Rovers) |  |  |  |
| Madres, padres o encargados acompañantes al evento |  |  |  |
| Total de participantes |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONSIDERACIONES MÉDICAS** |
|  | F | M | Total |
| Participantes con dietas especiales |  |  |  |
| Participantes con alergias a animales e insectos |  |  |  |
| Participantes con alergia a ciertos alimentos |  |  |  |
| Participantes con alergia a medicamentos |  |  |  |
| Participantes con antecedentes médicos |  |  |  |
| Participantes con Discapacidad Física |  |  |  |
| Participantes con Discapacidad Intelectual |  |  |  |
| Total de participantes |  |  |  |

Por este medio autorizamos la participación de \_\_\_\_\_\_\_\_ miembros del Grupo Scout No. \_\_\_\_\_\_, para que puedan realizar y salir a su actividad programada según el Ciclo de Programa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Responsable de Grupo:Responsable de Grupo | Sello de Grupo | Nombre Presidente de Grupo |
| Firma | Firma |

Notas:

1. Todos los dirigentes participantes deberán ser los primeros en la lista
2. El Comité de Grupo es responsable de la verificación de que todos los participantes (beneficiarios del Programa) cuenten con un permiso escrito de sus padres o tutores.
3. No podrán participar por ningún motivo en actividades al aire libre los y las jóvenes que no estén inscritos oficialmente en la Oficina Scout Nacional.

**Para Grupos Unificados**

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE PARTICIPANTES** |
|  | F | M | Total |
| Lobatos/Lobeznas  |  |  |  |
| Scouts  |  |  |  |
| Caminantes  |  |  |  |
| Rovers  |  |  |  |
| Dirigentes de Manada (2 dirigente por 6 Lobatos/Lobeznas) |  |  |  |
| Dirigentes de Rama Scout (2 dirigente por 8 Scouts) |  |  |  |
| Dirigentes de Comunidad de Caminantes (2 dirigente por 5 Caminantes) |  |  |  |
| Dirigentes de Clan Rover (2 Dirigente por 5 Rovers) |  |  |  |
| Madres, padres o encargados acompañantes al evento |  |  |  |
| Total de participantes |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONSIDERACIONES MÉDICAS** |
|  | F | M | Total |
| Participantes con dietas especiales |  |  |  |
| Participantes con alergias a animales e insectos |  |  |  |
| Participantes con alergia a ciertos alimentos |  |  |  |
| Participantes con alergia a medicamentos |  |  |  |
| Participantes con antecedentes médicos |  |  |  |
| Participantes con Discapacidad Física |  |  |  |
| Participantes con Discapacidad Intelectual |  |  |  |
| Total de participantes |  |  |  |

Por este medio autorizamos la participación de \_\_\_\_\_\_\_\_ miembros del Grupo Scout No. \_\_\_\_\_\_, para que puedan realizar y salir a su actividad programada según el Ciclo de Programa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Responsable de Grupo:Responsable de Grupo | Sello de Grupo | Nombre Presidente de Grupo |
| Firma | Firma |

Notas:

1. Todos los dirigentes participantes deberán ser los primeros en la lista
2. El Comité de Grupo es responsable de la verificación de que todos los participantes (beneficiarios del Programa) cuenten con un permiso escrito de sus padres o tutores.
3. No podrán participar por ningún motivo en actividades al aire libre los y las jóvenes que no estén inscritos oficialmente en la Oficina Scout Nacional.

**FICHA DE INSPECCIÓN**

**UNIDAD DE CAMPISMO GRUPO SCOUT No.\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES**  |
| Nombre de quien inspecciona: |  | DUI |  |
| Tel: |  | Email: |  | ID SISCOUT |  |
| Fecha de la Inspección |  |

|  |
| --- |
| **LUGAR VISITADO** |
| Nombre del lugar: |  |
| Dirección: |  |
| Enlace Google Maps: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Propiedad** | **Elementos Topográficos e Hidrográficos a visitar** |  |
| Privado  | [ ]  | Llano/Valle | [ ]  |
| Público | [ ]  | Montaña/Volcán | [ ]  |
| **Servicios Básicos** | Cráter Volcánico (Requiere Guía) | [ ]  |
| Agua Potable  | [ ]  | Zona Arqueológica | [ ]  |
| Sanitarios | [ ]  | Cuevas (Se sugiere Guía) | [ ]  |
| Duchas  | [ ]  | Piscina (Obligatoria presencia de Guardavidas) | [ ]  |
| Energía eléctrica de fácil acceso | [ ]  | Isla o Islote ( Obligatoria presencia de Guardavidas ) | [ ]  |
| Cobertura Telefónica Total | [ ]  | Manantial ( Obligatoria presencia de Guardavidas ) | [ ]  |
| Cobertura Telefónica Parcial (Solo en ciertas áreas) | [ ]  | Río ( Obligatoria presencia de Guardavidas ) | [ ]  |
| Cocina | [ ]  | Poza/Laguna/Lago ( Obligatoria presencia de Guardavidas ) | [ ]  |
| Tienda | [ ]  | Playa/Bahía/Estero (Obligatoria presencia de Guardavidas ) | [ ]  |
| Minisúper | [ ]  | La cantidad de Guardavidas o Guías requeridos serán los recomendados por la institución de apoyo de acuerdo a la cantidad de participantes. |
| Zona de Acampado | [ ]  |
| Área verde para actividades (\_\_\_\_\_\_\_\_m2) |  |
| Accesibilidad para personas con Discapacidad | [ ]  |
| Lugar que se evacuará en caso de Emergencia: | Enlace Google Maps: |

|  |
| --- |
| **INFORMACION DE ACCESO** |
| Fácil Acceso [ ]  Acceso para vehículo 4x4 o vehículos pesados [ ]  |

|  |
| --- |
| **SERVICIOS DE EMERGENCIA CONTACTADOS** |
| Adjuntar copias de las cartas para solicitud de apoyo a las entidades correspondientes. |
| **Entidades de emergencia** |
| **Nombre** | **Recepción de Documentos** | **Efectivos Asignados** | **Observaciones:** |
| Policía Nacional Civil | [ ]  Si [ ]  No |  |  |
| Cruz Verde | [ ]  Si [ ]  No |  |  |
| Cruz Roja | [ ]  Si [ ]  No |  |  |
| CAM | [ ]  Si [ ]  No |  |  |
| Unidad de Salud | [ ]  Si [ ]  No |  |  |
| Bomberos de El Salvador | [ ]  Si [ ]  No |  |  |

|  |
| --- |
| **DIRECTORIO DE EMERGENCIAS**  |
| **Nombre de la Entidad** | **Teléfono de Contacto** | **Dirección** | **Horario de Atención** |
| Policía Nacional Civil |  |  |  |
| Cruz Verde |  |  |  |
| Cruz Roja |  |  |  |
| CAM |  |  |  |
| Unidad de Salud |  |  |  |
| Bomberos de El Salvador |  |  |  |
| Comandos de Salvamento |  |  |  |
| **Observaciones:** |

Anexos:

1. Fotografías de las áreas a visitar, las áreas de acampado y las áreas verdes.
2. Copias de las cartas entregadas a las entidades de emergencia con firma y sello de recibido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, miembro de la Asociación de Scouts de El Salvador, bajo el ID de SISCOUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien desempeña el cargo de RESPONSABLE DE LA COMISIÓN DE CAMPISMO dentro del Grupo Scout N°\_\_\_\_, por medio de la presente, certifico que, he realizado la inspección del área de acampado y desarrollo de actividades para el evento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La localidad descrita en los documentos presentados junto con esta certificación cumple con la normativa nacional para realizar actividades al aire libre con niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

De igual manera cumple con las disposiciones establecidas por la Asociación de Scouts de El Salvador para realizar actividades y eventos del scout con los miembros de un Grupo Scout.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de quien inspecciona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sello de Grupo | Nombre Presidente de Grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma | Firma |



**PERMISO DE SALIDA DE BENEFICIARIOS**

Autorizo a mi hijo(a): a participar en la Actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a realizarse en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la fecha **00/00/2022 de 00:00 hasta las 24:00.** De igual manera, autorizo la toma de fotografías y videos, además del uso de los mismos en las redes sociales y material impreso de la Asociación de Scouts de El Salvador y sus Grupos Scout. Estoy consciente y entiendo que existen riesgos inherentes a la actividad; y por lo tanto asumo el riesgo asociado a la misma.

Nombre y Firma del padre/madre/tutor

DUI

Fecha

\*La entrega del presente documento es obligatoria para asistir a cualquier actividad fuera de los espacios designados por la Asociación de Scouts de El Salvador como Sedes de Grupo u Oficina Scout Nacional.

**PERMISO DE SALIDA DE BENEFICIARIOS**

|  |
| --- |
| Actividad: |
| Lugar:  |
| Fecha Salida: |  | **Notas:** |
| Hora de Salida: |  |
| Fecha de Retorno: |  |
| Hora de Retorno: |  |
| Costo del Evento: |  |
| **Responsable de la Actividad** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Actividad:  |
| Lugar:  |
| Fecha Salida: |  | **Notas:** |
| Hora de Salida: |  |
| Fecha de Retorno: |  |
| Hora de Retorno: |  |
| Costo del Evento: |  |
| **Responsable de la Actividad** | **Cargo** | **Teléfono** |
|  |  |  |



Autorizo a mi hijo(a): a participar en la Actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a realizarse en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la fecha **00/00/2022 de 00:00 hasta las 24:00.** De igual manera, autorizo la toma de fotografías y videos, además del uso de los mismos en las redes sociales y material impreso de la Asociación de Scouts de El Salvador y sus Grupos Scout. Estoy consciente y entiendo que existen riesgos inherentes a la actividad; y por lo tanto asumo el riesgo asociado a la misma.

\*La entrega del presente documento es obligatoria para asistir a cualquier actividad fuera de los espacios designados por la Asociación de Scouts de El Salvador como Sedes de Grupo u Oficina Scout Nacional.

Fecha

Nombre y Firma del padre/madre/tutor

DUI

|  |
| --- |
| **INFORMACION DE****EMERGENCIA** |
| En caso de emergencia póngase en contacto con: |
| Nombre |  | Parentesco |  | Teléfonos en que estaré atento |
|  |  |  |
|  |  |
| **Instrucciones especiales:** alergias, tratamiento médico, persona que podrá recoger a su hijo, cualquier información que considere de interés en caso de emergencia anotar atrás. |

|  |
| --- |
| **INFORMACION DE****EMERGENCIA** |
| En caso de emergencia póngase en contacto con: |
| Nombre |  | Parentesco |  | Teléfonos en que estaré atento |
|  |  |  |
|  |  |
| **Instrucciones especiales:** alergias, tratamiento médico, persona que podrá recoger a su hijo, cualquier información que considere de interés en caso de emergencia anotar atrás. |

\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_

Señores

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presente.

Reciban un respetuoso saludo en nombre de la niñez y juventud de la Asociación de Scouts de El Salvador, así como del Grupo No. \_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ siendo miembros activos y reconocidos de la Asociación de scouts de El Salvador

En fechas del \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, siendo un total de \_\_ día(s), se estará llevando a cabo una Actividad Scout en el Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la propiedad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicado en la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En este evento se estarán desarrollando actividades propias del Movimiento Scout, donde contaremos con la presencia de niños, niñas y jóvenes comprendidos entre las edades de \_\_\_ a \_\_\_ años, así como adultos, en una cantidad aproximada de \_\_\_\_ participantes entre niño(a)s / jóvenes y adultos. Y con la finalidad de garantizar la salud e integridad física de nuestros miembros, solicitamos a ustedes nos apoyen en la atención de cualquier emergencia.

Conocedores del valioso apoyo de parte de ustedes, les reiteramos nuestros sinceros agradecimientos.

SIEMPRE LISTOS, PARA SERVIR.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sello de Grupo |
| Nombre y firma del Responsable de GrupoDUI: |

\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_

Señores

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presente.

Reciban un respetuoso saludo en nombre de la niñez y juventud de la Asociación de Scouts de El Salvador, así como del Grupo No. \_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ siendo miembros activos y reconocidos de la Asociación de scouts de El Salvador

En fechas del \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, siendo un total de \_\_ día(s), se estará llevando a cabo una Actividad Scout en el Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la propiedad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicado en la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En este evento se estarán desarrollando actividades propias del Movimiento Scout, donde contaremos con la presencia de niños, niñas y jóvenes comprendidos entre las edades de \_\_\_ a \_\_\_ años, así como adultos, en una cantidad aproximada de \_\_\_\_ participantes entre niño(a)s / jóvenes y adultos. Y con la finalidad de garantizar la salud e integridad física de nuestros miembros, solicitamos a ustedes nos apoyen en la atención de cualquier emergencia.

Conocedores del valioso apoyo de parte de ustedes, les reiteramos nuestros sinceros agradecimientos.

SIEMPRE LISTOS, PARA SERVIR.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sello de Grupo |
| Nombre y firma del Responsable de GrupoDUI: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sello de recibido |
| Nombre y firma de quien recibe |