

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			
<input type="checkbox"/> Salida de Grupo (Inferior a 12 h) <input type="checkbox"/> Actividad de Servicio <input type="checkbox"/> Celebración		<input type="checkbox"/> Campamento Corto (Máximo 32h) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Transporte en conjunto <input type="checkbox"/>					
Tipo de Transporte y Cantidad					
Vehículo	Cant.	Sel.	Vehículo	Cant.	Sel.
Bus Estándar (30 pasajeros en adelante)		<input type="checkbox"/>	Pick Up (5 pasajeros y carga)		<input type="checkbox"/>
Coaster (De 20 a 30 pasajeros)		<input type="checkbox"/>	Sedán (5 pasajeros y carga moderada)		<input type="checkbox"/>
Microbús (10 a 15 pasajeros)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> 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	<input type="checkbox"/>	Llano/Valle	<input type="checkbox"/>
Público	<input type="checkbox"/>	Montaña/Volcán	<input type="checkbox"/>
Servicios Básicos		Cráter Volcánico (Requiere Guía)	<input type="checkbox"/>
Agua Potable	<input type="checkbox"/>	Zona Arqueológica	<input type="checkbox"/>
Sanitarios	<input type="checkbox"/>	Cuevas (Se sugiere Guía)	<input type="checkbox"/>
Duchas	<input type="checkbox"/>	Piscina (Obligatoria presencia de Guardavidas)	<input type="checkbox"/>
Energía eléctrica de fácil acceso	<input type="checkbox"/>	Isla o Islote (Obligatoria presencia de Guardavidas)	<input type="checkbox"/>
Cobertura Telefónica Total	<input type="checkbox"/>	Manantial (Obligatoria presencia de Guardavidas)	<input type="checkbox"/>
Cobertura Telefónica Parcial (Solo en ciertas áreas)	<input type="checkbox"/>	Río (Obligatoria presencia de Guardavidas)	<input type="checkbox"/>
Cocina	<input type="checkbox"/>	Poza/Laguna/Lago (Obligatoria presencia de Guardavidas)	<input type="checkbox"/>
Tienda	<input type="checkbox"/>	Playa/Bahía/Estero (Obligatoria presencia de Guardavidas)	<input type="checkbox"/>
Minisúper	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>		
Área verde para actividades (_____m ²)	<input type="checkbox"/>		
Accesibilidad para personas con Discapacidad	<input type="checkbox"/>		
Lugar que se evacuará en caso de Emergencia:		Enlace Google Maps:	

INFORMACION DE ACCESOFácil 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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cruz Verde	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cruz Roja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CAM	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Unidad de Salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Bomberos de El Salvador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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.



ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE EL SALVADOR
Av. Baden Powell 281, San Salvador. El Salvador.
(503) 2525- 3951 | www.scouts.org.sv | osn@scouts.org.sv

_____, ____ 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



ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE EL SALVADOR
 Av. Baden Powell 281, San Salvador, El Salvador.
 (503) 2525- 3951 | www.scouts.org.sv | osn@scouts.org.sv

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

✂️ -----
 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.

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.		

 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.



ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE EL SALVADOR
 Av. Baden Powell 281, San Salvador, El Salvador.
 (503) 2525- 3951 | www.scouts.org.sv | osn@scouts.org.sv

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

✂️ -----
 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.

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.		

 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.