



KALMEKAK
Campamentos de Alto Rendimiento



Ficha De Inscripción

Fecha del campamento: dd _____ | mm _____ | aa _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre: _____

(Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))

¿Cómo te gusta que te digan? _____

(Ej. Juanito, Paty)

Fecha de nacimiento: dd _____ | mm _____ | aa _____ Edad: _____

Sexo: _____

Grado escolar: _____

Domicilio particular: _____

(Calle, número exterior, número interior, Delegación o municipio, código postal)

Teléfono casa: _____

Nombre del padre: _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

Teléfono de oficina: _____ Móvil: _____

Nombre de la madre: _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

Teléfono de oficina: _____ Móvil: _____



KALMEKAK
Campamentos de Alto Rendimiento



Nombre de algún pariente cercano: _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

Teléfono de oficina: _____ Móvil: _____

¿El participante es alérgico a algún medicamento, alimento o a algún factor ambiental?

(Marcar con un "X" según sea el caso)

SI _____ NO _____

¿Mencione a qué es alérgico el participante?

¿Toma algún medicamento o está bajo algún tratamiento médico en específico?

(Marcar con un "X" según sea el caso)

SI _____ NO _____

¿Mencione qué medicamento toma o el tratamiento en el que se encuentra? (Especifique horarios y dosis)

Tipo de sangre: _____

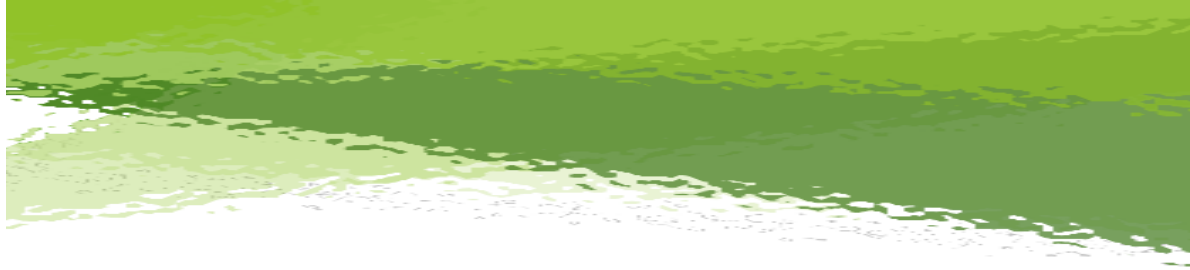
¿Sabe nadar?

(Marcar con un "X" según sea el caso)

SI _____ NO _____



KALMEKAK
Campamentos de Alto Rendimiento



¿Dónde recibe atención médica? _____

No. De seguridad social u otro: _____

Nombre del médico de familia: _____

Teléfono del consultorio: _____ Móvil: _____

Indicaciones extra:

Estoy enterado de la organización y condiciones generales del campamento, nuestro hijo se compromete a cumplir el reglamento del campamento, así como que Campamento Kalmekak, no se hace responsable por objetos llevados al campamento ni extraviados durante las actividades. Autorizo plenamente la participación de nuestro hijo (a) en todas las actividades. En caso de emergencia, autorizo al médico seleccionado por el director de Campamento Kalmekak a hospitalizar, dar tratamiento, ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo (a).

Nombre y firma del padre o tutor