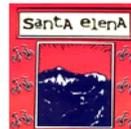


# Formato de inscripción



## Fecha de asistencia al Campamento Mapache

Semana 1, fechas del 28 de junio al 4 de julio

Semana 2, fechas del 5 de julio al 11 de julio

### Datos del niño/a

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a : \_\_\_\_\_

Edad del niño/a al asistir al Mapache: \_\_\_\_\_ ¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_

### Datos del padre o tutor

Nombre padre o tutor : \_\_\_\_\_

E-Mail del padre: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil del padre (código de área+número) : \_\_\_\_\_

Teléfono fijo del padre (código de área+número) : \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del padre (código de área+número) : \_\_\_\_\_

### Datos de la madre o tutor

Nombre de la madre o tutor : \_\_\_\_\_

E-Mail de la madre : \_\_\_\_\_

Teléfono móvil de la madre (código de área+número) \* : \_\_\_\_\_

Teléfono fijo de la madre (código de área+número) : \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo de la madre (código de área+número) : \_\_\_\_\_

### Domicilio

#### Dirección

Calle y número : \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

### Información médica

Nombre del pediatra o médico de confianza: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil del médico (código de área+número) : \_\_\_\_\_

Teléfono fijo del médico (código de área+número) : \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo : \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna alergia?: \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamentos? \_\_\_\_\_

### Información general

¿Qué es lo que más le gusta hacer? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le gusta comer? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del Campamento Mapache? \_\_\_\_\_

Si fue por recomendación de otro por favor indique quien: \_\_\_\_\_

¿Ya ha participado en el Campamento Mapache? \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año en curso o concluido: \_\_\_\_\_

Talla de camiseta: \_\_\_\_\_ ¿Requiere rentar bici? \_\_\_\_\_

### Seguro médico

¿Cuenta con seguro médico? \_\_\_\_\_

Vigencia del seguro (fecha) : \_\_\_\_\_

Aseguradora : \_\_\_\_\_

Número de póliza : \_\_\_\_\_

**Atención: Es necesario presentar la copia de póliza vigente.**