

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Fecha: / /

Lugar:

DATOS DEL PARTICIPANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Sexo: M F Fecha (/ /) y lugar de nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Grado Nivel de Estudio: _____ Nombre del Plantel: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Religión: _____ Nacionalidad: _____

DATOS MÉDICOS

Peso

Estatura

Grupo sanguíneo

Vacunas recibidas

Toxoide

SI NO

Tetánica

SI NO

Enfermedades o lesiones que ha padecido: _____
 Enfermedades o lesiones que padece: _____
 Tiene algún tratamiento médico: SI NO En caso de ser afirmativo, indique cuál y anexe prescripción médica: _____
 Alergias a algún medicamento, comida u otro elemento SI NO
 Alérgico a: _____ Indique tratamiento recomendado por su médico: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula Identidad N° _____ Sexo: M F Edad: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Profesión: _____ E-mail: _____
 Dirección de habitación: _____
 Dirección de trabajo: _____
 Indique las forma más fácil de localizarlo: _____
 Otra persona, en caso de emergencia: _____
 Teléfono: _____ Parentesco: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE

Yo, _____ Cédula Identidad N° _____
 representante del alumno: _____ cursante del ____ grado sección ____ ; autorizo a que mi representado
 para participar en el **PLAN VACACIONAL** a realizarse el día ____ / ____ / ____ . Actividad programada en:
 _____, y organizada por INVERSIONES RECREATIVAS 1807, C. A.
 En Valencia, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del Representante

Fecha

NOTA RECUERDE: la presente Planilla será la única información que tendremos de su Representado. La omisión de datos va en contra del buen desempeño del Programa, y la calidad de atención y servicio que nuestro personal le puede brindar.

ANEXAR: Fotocopia de la C. I. del Representante 2 fotos Tipo Carnet del Participante Copia de la Partida de Nacimiento.