

FICHA DE INSCRIPCION

FOTO

I. DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Cédula Juvenil \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: Femenino \_\_\_ Masculino: \_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_ Oficial \_\_\_ Privado Nivel Académico \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Madre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Acudiente del Estudiante: (en caso de que no sean los padres)

Nombre : \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

II. AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Por este medio, Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad personal número \_\_\_\_\_, en condición de representante legal del estudiante \_\_\_\_\_, doy autorización para su participación en el Campamento SMART SUMMER CAMP, en Ciudad de Panamá, Panamá, y realice todas las actividades programadas durante su estancia en el mismo, también así en la aparición del estudiante en videos documentales, reportajes, fotografías y grabaciones de voz que se den durante la realización del Campamento.

\_\_\_\_\_ Autorizo a que las imágenes fotográficas y videos tomados en el campamento se puedan utilizar con fines de promoción, difusión y comunicación del Campamento, por toda la plataforma de comunicación de la Universidad Tecnológica de Panamá y/o la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) y en las páginas web tanto del campamento, como de las empresas u organizaciones aliados estratégicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Cédula

Nombre Legible: \_\_\_\_\_

**III. DATOS MÉDICOS DEL PARTICIPANTE:**

- Padece de alguna enfermedad: \_\_\_\_\_
- Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_ Tiene alguna limitación especial \_\_\_\_\_
- Alergias (especificar tipo): \_\_\_\_\_
  - Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_
  - Animales: \_\_\_\_\_
  - Alimentos: \_\_\_\_\_
- Sigue algún tipo de medicamento o tratamiento médico especial?: Especifique: Dosis y Horarios  
\_\_\_\_\_
- Sigue algún régimen de comida?  
\_\_\_\_\_
- Tiene algún miedo hacia algo especial?  
\_\_\_\_\_
- Otros datos: \_\_\_\_\_
- Alguna otra observación que considere importante que conozcamos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**IV. Personas Autorizadas a recoger al Menor;**

Nombre \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Cédula

Nombre Legible: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante (menor): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**V. Conociendo al Participante. Agradecemos responder las siguientes preguntas (Participante):**

1. ¿Cómo se describiría Usted?

---

---

---

2. ¿Qué le gusta hacer?

---

---

3. ¿Qué habilidades posee?

---

---

---

4. ¿Qué planes tiene para el futuro?

---

---

---

5. ¿Por qué Usted es merecedor de una beca de participación en el Campamento SMART SUMMER CAMP?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VI. Escriba un ensayo donde nos indique: máximo 1/2 página.**

**En caso de ser seleccionado, ¿Cómo podría transferir su experiencia vivida a otros jóvenes?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Debe adjuntar**

- Dos (2) fotos tamaño carnet.
- Fotocopia de cédula juvenil o certificado de nacimiento.
- Fotocopia del carnet de seguro social.
- Fotocopia de cédula de la madre o el padre y del acudiente, en caso de que sea otra persona distinta.
- Boletín del año escolar 2017 o certificación por parte del Colegio con un Índice académico general mínimo de **4.0**.
- Certificado de buena salud física y mental expedido por el Ministerio de Salud o la Caja de Seguro Social.
- Una (1) Carta de Recomendación (profesor, consejero, profesor orientador o psicólogo del colegio).

**PARA USO DE LOS ORGANIZADORES:**

**Estudiante Participante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula Juvenil \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

**Nombre del Representante Legal:** \_\_\_\_\_,

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_

FECHA DE RECIBO DE LA DOCUMENTACION	NOMBRE Y TIPO DE COLEGIO OFICIAL O PRIVADO	NIVEL ACADEMICO Y PROMEDIO	RECIBIDO POR: NOMBRE LEGIBLE	OBSERVACION
DIA _____ MES _____ AÑO _____				