

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

Nombre Legible: _____

Nombre del Participante (menor): _____

Cédula

Fecha: _____

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 _____				