



MATRÍCULA _____

- o Nombre del niñ@ _____
- o Edad _____
- o Fecha de nacimiento _____ Teléfono residencial _____
- o Colegio _____
- o Dirección residencia _____

o Seleccione el horario:

- 9:00 AM - 1:30 pM
- 9:00 AM - 5:00 PM

o Seleccione la cantidad de semanas:

- Semana 1 (junio 23-27)
- Semana 2 (junio 30- julio 4)
- Semana 3 (julio 7-11)
- Semana 4 (julio 14-18)
- Semana 5 (julio 21-25)
- Semana 6 (julio 28- agosto 1)
- Semana 7 (julio 4- agosto 8)
- Semana 8 (agosto 11-15)

- o Servicio de transporte **SI** o **NO** . Punto de recogida _____
- o Su hij@ sabe nadar? _____
- o Size t-shirt _____

DATOS MÉDICOS DEL NIÑO

- o El niñ@ es alérgico a algún alimento, medicamentos u otros. Especifique

- o Pediatra _____
- o Teléfono celular _____ teléfono consultorio _____
- o Especifique algún medicamento que deba ser suministrado en el campamento:
 - Nombre del medicamento _____
 - Dosis del medicamento _____
 - Horario _____
- o Su hij@ ha recibido algún diagnóstico relacionado con su desarrollo, aprendizaje o bienestar emocional. Especifique. _____

- ¿Su hij@ ha recibido alguna recomendación de un profesional de la salud sobre su desarrollo, aprendizaje o comportamiento que debamos conocer para garantizar el bienestar de su hij@?". Especifique. _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR

- Nombre del padre _____
- Cédula identidad _____ Teléfono celular _____
- Correo electrónico _____
- Lugar donde trabaja _____
- Dirección _____
- Teléfono donde labora _____

DATOS DE LA MADRE O TUTORA

- Nombre de la madre _____
- Cédula identidad _____ Teléfono celular _____
- Correo electrónico _____
- Lugar donde trabaja _____
- Dirección _____
- Teléfono donde labora _____

- **Personas autorizadas para retirar al niñ@ del campamento.**

- YO _____ **SI** o **NO**, autorizo a esta institución a tomar y publicar fotos/videos de mi hijo/a en redes sociales y materiales publicitarios de **PATIO SPORT CLUB**.
- YO _____ entiendo que PATIO SPORT CLUB toma en cuenta todas las medidas de seguridad necesarias para la realización de sus programas de clases. Asimismo, comprendo que la práctica de las actividades deportivas conlleva ciertos riesgos. Por tal motivo, libero a **PATIO SPORT CLUB** de cualquier responsabilidad civil ante cualquier accidente que pudiera afectar a mi hijo/a dentro de sus instalaciones.

Favor completar y enviar a:

<mailto:ofaina@alpatioconalfredo.com>
<mailto:info@alpatioconalfredo.com>

Síguenos en nuestras redes sociales:

