



PUNTO DE SALIDA:

- COSTA DEL ESTE
- PARQUE OMAR
- COSTA SUR



FORMULARIO DE INSCRIPCION

Seleccione la(s) semana(s) de participación:

- 15 al 19 de Enero
- 22 al 26 de Enero
- 29 de Enero al 02 de Febrero
- 05 al 09 de Febrero

DATOS DEL CAMPISTA

Nombres	Apellidos
Fecha de Nacimiento	Edad
Colegio	Sexo
Grado	Nacionalidad
Idiomas	

DATOS DE LOS PADRES

MADRE

Nombres	Apellidos
Teléfono Celular	Teléfono Oficina
Teléfono Casa	Correo Electrónico
Dirección de Habitación	

PADRE

Nombres	Apellidos
Teléfono Celular	Teléfono Oficina
Teléfono Casa	Correo Electrónico
Dirección de Habitación	

EN CASO DE NO CONTACTAR A LOS PADRES, ¿A QUIÉN CONTACTAR?

Nombres	Apellidos
Teléfono Celular	Teléfono Oficina
Teléfono Casa	Correo Electrónico



INFORMACIÓN MÉDICA

Peso _____ Tipo de Sangre _____

¿Su hijo ha sufrido alguna de estas enfermedades? ¿Actualmente está medicado?

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Infecciosas | <input type="radio"/> Pulmonares | <input type="radio"/> Neurológicas |
| <input type="radio"/> Rinitis | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Insomnio | <input type="radio"/> Convulsiones |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Cardíacas | <input type="radio"/> Gastrointestinales | <input type="radio"/> Otras |

Observaciones:

¿Es alérgico?

En caso afirmativo favor detallar:

¿Actualmente recibe tratamiento psicológico?

En caso afirmativo favor detallar:

¿Antecedentes de cirugías o traumatismos?

En caso afirmativo favor detallar:

¿Sufre de alguna fobia?

En caso afirmativo favor detallar:

¿Actualmente cumple con un régimen de alimentación especial?

En caso afirmativo favor detallar:

Observaciones adicionales:

Nombre del pediatra _____ Teléfono _____



TERMINOS Y CONDICIONES

Como padres y representantes legales de nuestro hijo(a), arriba identificado, por medio de la presente manifestamos nuestra conformidad con los siguientes términos y condiciones:

PRIMERO: Declaramos conocer las actividades ofrecidas en el Programa de Campamento La Escondida (en adelante CLE). En este sentido, autorizamos a nuestro(a) hijo(a) a realizar cada una de ellas.

SEGUNDO: Autorizamos a CLE a mostrar fotos y/o videos de mi hijo(a), sin su identificación, para fines publicitarios del Campamento, tales como: página web, flyer's, redes sociales, entre otros.

TERCERO: Para el mejor desarrollo de las Temporadas, el uso de celulares, equipos electrónicos, cámaras, entre otros, no está permitido. En caso contrario, CLE no se hace responsable por la pérdida o deterioro de los mismos.

CUARTO: La inscripción se formaliza con el pago de las semanas seleccionadas y con la entrega del Formulario de inscripción. El sólo pago no formaliza la inscripción.

Es indispensable la entrega del Formulario y la aceptación del Campista conforme a la disponibilidad de cupos por Temporada.

QUINTO: El pago puede realizarse mediante transferencia o depósito bancario en la cuenta asignada por el Campamento. La Transferencia o depósito debe tener el nombre del Campista para su debida relación. Posteriormente, debe ser enviada copia a la siguiente dirección de correo: camplaescondidapanama@gmail.com y esperar la recepción del mismo.

SEXTO: Reembolsos indistintamente del o los motivos:

- Se reembolsará el 50% de la inscripción en caso de retiros notificados con treinta (30) días de anticipación a la semana contratada.
- Se reembolsará el 25% de la inscripción en caso de retiros notificados con quince (15) días de anticipación a la semana contratada.
- No habrá reembolso alguno en caso de retiros notificados en los quince (15) días previos al inicio de la semana contratada
- No habrá reembolso alguno en caso que el Campista presente mala conducta o no desee continuar en la Temporada.

FIRMA MADRE

FIRMA PADRE

FECHA

FECHA