



Seleccionar Semana(s)

08 al 12 de Enero

15 al 19 de Enero

## FORMULARIO DE INSCRIPCION

### DATOS DEL CAMPISTA

Nombres	Apellidos
Fecha de Nacimiento	Edad
Colegio	Sexo
Grado	Nacionalidad
Idiomas	

### DATOS DE LOS PADRES

#### DATOS DE LA MADRE

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

#### DATOS DEL 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? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor detallar: \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe tratamiento psicológico? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor detallar: \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de cirugías o traumatismos? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor detallar: \_\_\_\_\_

¿Sufre de alguna fobia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor detallar: \_\_\_\_\_

¿Actualmente cumple con un régimen de alimentación especial? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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](mailto: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