



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?

- Asma
- Rinitis
- Diábetes
- Infecciosas
- Epilepsia
- Cardíacas
- Pulmonares
- Insomnio
- Gastrointestinales
- Neurológicas
- Convulsiones
- 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 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