



## MATRÍCULA

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIAL \_\_\_\_\_

ZIP CODE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente) \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_

Profesión del padre \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

Profesión de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

SI LA PERSONA RESPONSABLE DE LA MATRÍCULA ES OTRA, INDIQUE EL NOMBRE, RELACIÓN Y EL TELÉFONO

EN CASO DE EMERGENCIA NOS COMUNICAREMOS CON: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Escuela a que asiste \_\_\_\_\_

Grado que comienza próximo curso \_\_\_\_\_ Supo del campamento por: \_\_\_\_\_

Campamentos anteriores que ha asistido \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia o limitación? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Asistirá a cursillo de verano? \_\_\_\_\_

Nombre hermanos/as en campamento \_\_\_\_\_

¿Quiere estar con algún amigo/a? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

¿Desea cuido extendido? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Mabó Extreme 14-16 años \_\_\_\_\_

### PARA USO DE LA OFICINA

PAGO \$ \_\_\_\_\_

CUOTA \$ \_\_\_\_\_

RECIBO # \_\_\_\_\_

NUM. CAMPERO \_\_\_\_\_

## **COMPROMISO DEL PADRE O TUTOR**

Por la presente autorizo a que matriculen al niño(a) cuyos datos e información personal aparecen al dorso.

Acepto que la duración y el costo del campamento es el que se ha anunciado previamente y que la cantidad pagada por la matrícula **NO SERÁ DEVUELTA** por enfermedad o si el acampante, por su propia voluntad o la de la persona responsable de esta matrícula, o la de cualquier persona ajena a la dirección de este campamento, deja de asistir al mismo antes de su terminación. Me ha sido explicado y he aceptado que una conducta impropia o ingobernable del niño/a resultará en la separación del campamento, **SIN REEMBOLSO DE MATRÍCULA.**

Entiendo que el campamento se reserva el derecho de usar fotos y videos del campero en las redes sociales y para fines publicitarios.

Por la presente autorizo al Director del campamento, o a su representante autorizado, para que en el caso de accidente, mientras esté bajo la tutela del campamento, someta a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a los servicios de emergencia que fuere pertinente y si lo creyere necesario, sea transportado al centro médico más cercano. El Director del campamento o su representante autorizado, viene obligado a comunicarme a la mayor brevedad posible, lo ocurrido y la acción tomada.

Autorizo a la enfermera del campamento que le administre los medicamentos con receta médica, que el padre, madre o encargado le suplan. También autorizo a la enfermera a suministrar medicamentos sin receta médica a mi hijo/a. Si no desea que su hijo/a reciba este tipo de medicamentos, deberá informarlo por escrito a la enfermera directamente.

Consiento que, como medida de salud, su cabello será inspeccionado para prevenir una epidemia de pedículos (piojos).

Autorizo a mi hijo/a a participar en todas aquellas actividades y excursiones que aparecen en el *brochure* y en el programa semanal que el campamento ofrece dentro y fuera de sus predios. Entiendo que la dirección del campamento tomará todas las medidas de protección y seguridad para asegurar el bienestar de mi hijo/a. El campamento queda por nuestra parte exonerado de cualquier accidente en que pueda incurrir mi hijo/a o tutelado y no estará sujeta a reclamación por parte nuestra de daños y perjuicios.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**