



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