

# FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA CAMPISTAS FORÁNEOS



## DATOS DEL ACAMPADOR

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO  H  M  
DD-MM-AA

1ª SEMANA  2ª SEMANA  3ª SEMANA  4ª SEMANA

FECHA DE INICIO \_\_\_\_\_ FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ No. SEMANAS \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

DOMICILIO

CALLE \_\_\_\_\_ NÚM \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ EDO \_\_\_\_\_ TEL. CASA \_\_\_\_\_

¿HA ASISTIDO A LA CAÑADA EN VERANO?  SI  NO

## DATOS DE LOS PAPÁS

NOMBRE DE LA MAMÁ \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ TEL OFICINA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PAPÁ \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ TEL OFICINA \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA ADEMÁS DE LOS PAPÁS LLAMAR A:

NOMBRE \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

## DATOS ADICIONALES

¿TIENE SEGURO MÉDICO? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE DEBA EVITAR \_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿QUIÉN LE RECOMENDÓ EL CAMPAMENTO? \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: El llenar esta hoja de registro no aparta su lugar en el campamento, sino hasta haber efectuado el pago correspondiente al anticipo. Es totalmente NECESARIO e indispensable firmar esta hoja de registro manualmente además de llenar la carta responsiva y ficha médica que acompañan a este formato para poder quedar inscrito en el campamento.

AUTORIZO QUE LA IMAGEN DE MI HIJO (A) PUEDA SER UTILIZADA EN LOS MEDIOS DE PUBLICIDAD DE CAMPAMENTO LA CAÑADA S.A. de C.V. INCLUYENDO MEDIOS IMPRESOS, TANTO COMO DIGITALES (PÁGINA WEB Y REDES SOCIALES) PARA FINES PROPIOS DE LA PUBLICIDAD DEL CAMPAMENTO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

FAVOR DE IMPRIMIR, CONTESTAR, ESCANEAR Y MANDAR ESTA FORMA A: [campamentolacanada@gmail.com](mailto:campamentolacanada@gmail.com)

Las inscripciones serán confirmadas una vez recibido el anticipo del 30% del pago total.

Si vives en Guadalajara, acude a la oficina a llenar el registro de campistas locales.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del campista: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Indique si presenta alguno de estos padecimientos:

Convulsiones \_\_\_ Desmayos \_\_\_ Asma \_\_\_ Problemas del Corazón \_\_\_ Sonambulismo \_\_\_

Problemas Respiratorios/Oído \_\_\_ Migraña \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Anemia \_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad física? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

¿Ha estado en terapia psicológica recientemente? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Control esfínteres de noche? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Presenta algún tipo de alergia? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

¿Últimamente ha padecido alguna de estas enfermedades? (favor de especificar hace cuánto tiempo)

Conjuntivitis \_\_\_ Dengue \_\_\_ Piojos \_\_\_ Influenza \_\_\_ (Hace \_\_\_ días \_\_\_ meses)

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? \_\_\_\_\_ De qué y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma algún medicamento? \_\_\_\_\_ Especifique nombre, dosis, horario y vía de admin.

Si existe alguna indicación especial con respecto a la salud del niño especifique a continuación:

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Mamá \_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_

Papá \_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia además de los padres (si no podemos localizarlos) llamar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_

Confirmo, que esta información es fidedigna, de igual manera comprendo que cualquier omisión y/o información errónea, afecta la responsabilidad de Campamento La Cañada S.A. de C.V. hacia mi persona y la de mi hijo.

## Carta Responsiva

### Campista menor de Edad.

A \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Por medio de la presente, yo (nosotros) \_\_\_\_\_ padre y/o madre (o personas que ejercemos la patria potestad o tutela) del (los) menor(es) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en pleno uso y goce de mis (nuestros) derechos y facultades, autorizo (autorizamos) a que dicho(s) menor(es) acuda(n) como campista(s) o visitante(s) de forma voluntaria a **Campamento La Cañada S.A. de C.V.**, para llevar a cabo las actividades de campamento durante los días \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 202\_\_, en los lugares tanto públicos como privados que designe y bajo las condiciones indicadas por el personal del **Campamento La Cañada S.A. de C.V.**

Manifiesto (manifestamos) a la empresa **Campamento La Cañada S.A. de C.V.** que asumo (asumimos) responsabilidad ante cualquier suceso, daño o lesiones a su(s) persona(s) o sus pertenencias, que pueda presentarse confiando en los servicios de alta calidad que ofrece la empresa antes descrita y asumiendo la existencia de servicios médicos presentes en el lugar, y un seguro contra accidentes con el cual contará el (los) menor (es), cubriendo hasta \$50,000.00 pesos MXN a reembolso con deducible de \$500.00 pesos MXN. Libero (liberamos) de cualquier responsabilidad (sea civil, penal, administrativa y/o de cualquier otra índole) que pudiera resultar con motivo de estos daños o del desarrollo de alguna de las actividades realizadas.

Autorizo (autorizamos) a la empresa **Campamento La Cañada S.A. de C.V.** que a través del paramédico que los acompañe, a emplear las medidas que considere necesarias a fin de brindarle auxilio médico oportuno en caso de emergencia, dándome (dándonos) por enterado (s) que se me avisará a la brevedad posible en el teléfono o domicilio que para estos fines proporcione.

Asimismo autorizo (autorizamos) expresamente a la empresa **Campamento La Cañada S.A. de C.V.** y/o a su personal, para que tomen las decisiones que estimen pertinentes en caso de que el (los) menor(es) llegase(n) a sufrir algún accidente, para que reciba(n) tratamiento médico y/o a su discreción, sea(n) hospitalizado(s), a menos que al realizar la llamada de aviso, YO (nosotros) tome(tomemos) otra decisión. Desde este momento queda relevada la empresa **Campamento La Cañada S.A. de C.V.** y su personal, de cualquier responsabilidad derivada de la decisión de someter al (los) menor(es) a tratamiento médico, así como por el resultado de dicho tratamiento, en el entendido de que se pondrá toda diligencia y cuidado en dicho tratamiento.

**Políticas de penalización por cancelación del campamento:** En caso de cancelar una inscripción se penalizará de la siguiente manera:

- 10% del costo total a partir de la inscripción.
- 30% del costo total de 30 a 11 días antes del campamento.
- 100% del costo total de 10 a 1 día(s) antes del campamento

En caso de presentar contagio por el virus Sars-Cov2 solo se penalizará con un 10% sea cual sea la fecha de cancelación, previo comprobante.

Declaro (declaramos) bajo protesta de decir la verdad, tener plena capacidad para suscribir el presente documento, estando de acuerdo con el mismo, ya que manifiesto (manifestamos) que no existe dolo, mala fe, error o algún vicio del consentimiento, firmándolo el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_

Sin otro particular y agradeciendo las atenciones brindadas, quedo (quedamos) de ustedes:

Atentamente

---

**Nombre y Firma de el(los) representante(s) del menor.**

Parentesco