



Ficha de inscripción campamento de verano

Año: _____ Fecha de solicitud: _____

Nombres del niño(a): _____ Edad: _____

Nombre del padre: _____

Lugar de trabajo: _____

Tel. casa: _____ Ofi: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la madre: _____

Lugar de trabajo: _____

Tel. casa: _____ Ofi: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la madre: _____

Datos Médicos:

Nombre del pediatra: _____

Clínica en que trabaja _____

Especifique algún tipo de enfermedad que su niño(a) padezca:

En caso de ser necesario marque los medicamentos que pueden ser suministrados:

Tylenol ____ Peptobismol ____ cetirizina ____ Thrombocid ____

Horarios (marca el deseado)

8:00 a.m. a 12:30p.m. _____ 8:00 a.m. a 5:00 p.m. _____

Semanas: _____ Desde: _____ hasta: _____

Firma padre/madre o tutor

Firma padre/madre o tutor