

**ENTRENAMIENTO DE LIDERAZGO JUVENTUD 39**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
**FUCER, del 6 al 10 DE ENERO DE 2018**

**Complete los datos con letra imprenta antes de firmar**

1. Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_
2. Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
3. Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_
4. Centro de Estudio: \_\_\_\_\_ Último año Cursado: \_\_\_\_\_
5. Organizaciones juveniles a las que perteneces: \_\_\_\_\_
6. **Recientemente has pasado por algún momento difícil en tu vida**  
  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_
7. Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ ¿Sufre alguna enfermedad?: Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
  
Especifique \_\_\_\_\_
8. ¿Eres alérgico?: Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_
9. ¿Eres Asmático?: Sí \_\_\_ NO \_\_\_
- ¿Utiliza algún medicamento? \_\_\_\_\_
10. ¿Sabes Nadar? Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Nombre del Acudiente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL ACUDIENTE  
MENORES DE EDAD**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, varón/mujer \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, portador/a de cédula o documento de identidad personal No. \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de \_\_\_\_\_, en ejercicio de la patria potestad que poseo sobre el/la joven \_\_\_\_\_ con cédula de identidad personal No. \_\_\_\_\_, por este medio hago constar mi autorización y consentimiento para que mi acudido participe en la convocatoria "Entrenamiento de Liderazgo Juventud 39" que se realizará del 6 al 10 de enero de 2018 en FUCER, provincia de Panamá

En caso de emergencia agradezco llamarme a los siguientes números: \_\_\_\_\_; en caso de que no conteste, podrán llamar a \_\_\_\_\_ y preguntar por \_\_\_\_\_.

Hago constar que he sido informado del itinerario y de las actividades a realizar en dicha actividad, así como la existencia de un seguro de accidente para la protección de mi acudido hasta la suma de B/.5,000.00, por lo que la empresa aseguradora será la única responsable por la atención médica y demás coberturas de seguro mientras mi acudido se encuentre en esta actividad (Según las disposiciones de la cobertura, que adjuntamos en este documento).

República de Panamá, a la firma del presente documento.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_