

SI NO

Tarjeta Vecino:

Cédula de Identidad:

Certificado Médico:

PREINSCRIPCIÓN TALLERES 2018 (SOLO LETRA IMPRENTA)

1. DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

APELLIDOS: _____
NOMBRES: _____
RUT: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
DIRECCIÓN: _____
COMUNA: _____ TALLA POLERA: _____
TELÉFONO: _____
EMAIL: _____

2. DATOS PERSONALES DEL APODERADO:

APELLIDOS: _____
NOMBRES: _____
RUT: _____ FECHA DE NAC.: _____
TELÉFONO MOVIL _____
OCUPACION _____
EMAIL: _____

3. ANTECEDENTES MEDICOS

Diagnóstico _____ Grupo Sanguíneo _____ factor _____

¿Toma medicamentos? SI: _____ NO: _____ Cual: _____

- **Alergias o enfermedades importantes:** _____

¿Dónde trasladar en caso de emergencia? _____

¿Posee credencial de la Discapacidad? SI: _____ NO: _____

4. **ESTA CORRESPONDE A UNA PRE-INSCRIPCIÓN EN ORDEN DE "PRIORIDAD" PARA LOS TALLERES DE SU INTERÉS; PODRÁ OPTAR A UN CUARTO TALLER, SIEMPRE Y CUANDO SEA EL DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO.**

1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- **ACONDICIONAMIENTO FÍSICO** SI NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO.....padre y/o apoderado de.....RUT....., autorizo la publicación de su imagen contenida en registros existentes en el Departamento de la Discapacidad, la cual podrá ser exhibida en medios gráficos, escritos, visuales, web u otros de similar naturaleza.

Por este acto, libero al municipio de cualquier reclamo, cobro u otro de similar naturaleza.

SI AUTORIZO NO AUTORIZO

Nombre y firma beneficiario o apoderado
RUT