

PREINSCRIPCIÓN TALLERES 2019

(SOLO LETRA IMPRENTA)

	SI	NO
Tarjeta Vecino	☐	☐
Cedula de Ident.	☐	☐
Cert. Médico	☐	☐

1. DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

APELLIDOS: _____
NOMBRES: _____
RUT: _____
F. DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ TALLA DE POLERA: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO FIJO: _____ CEL1: _____ CEL2: _____
EMAIL1: _____
EMAIL2: _____

2. DATOS PERSONALES DEL APODERADO:

APELLIDOS: _____
NOMBRES: _____
RUT: _____
TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____
PARENTESCO: _____
EMAIL: _____

3. ANTECEDENTES MEDICOS

Diagnóstico _____ Discapacidad _____
¿Toma medicamentos? Cuál: _____
Alergias o enfermedades importantes: _____
Requiere asistencia o adaptación para desplazarse _____
¿Dónde trasladar en caso de emergencia? _____ Previsión _____
Fono de emergencia _____
¿Posee credencial de la Discapacidad? SI: _____ NO: _____

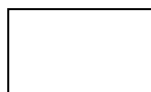
4. ÉSTA CORRESPONDE A UNA PRE-INSCRIPCIÓN EN ORDEN DE “PRIORIDAD” PARA LOS TALLERES DE SU INTERÉS. PODRÁ OPTAR A UN CUARTO TALLER, SIEMPRE Y CUANDO SEA EL DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO.

- 1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- | ACONDICIONAMIENTO FÍSICO SI ☐ NO ☐

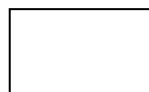
AUTORIZACIÓN REGISTRO AUDIOVISUAL

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

Firma Quien Recibe

Las Condes 2019