

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

FECHA DEL PROGRAMA EN EL QUE DESEA PARTICIPAR

Datos Personales

Apellido y Nombre del Explorador

DNI

Fecha de Nacimiento

Edad

Apellido y Nombre del Padre, Madre o responsable

Dirección del Explorador

CP

Ciudad

Provincia

E-mail del adulto responsable

Teléfonos en donde ubicar a los padres o adulto responsable a toda hora 1)

2)

Se requiere de dos teléfonos.

¿Se encuentra bajo tratamiento médico?

☐

NO

☐

SI

GRUPO SANGUINEO

Explicar tratamiento

¿Padece de alergias?

☐

NO

☐

SI

¿Cuáles?

¿Toma medicamentos?

☐

NO

☐

SI

¿Cuáles?

¿El/la participante suele presentar sangrados nasales?

☐

NO

☐

SI

En caso afirmativo, indicá con qué frecuencia ocurre y cómo se debe actuar .

Los padres o responsables indicados para tal fin deberán hacerse cargo de la administración de cualquier medicamento que deba tomar el menor durante las horas de permanencia en el museo.

¿Existe algún alimento que no pueda ingerir?

Autorización para el uso de fotografías

Autorizo el uso de fotos, dentro del Programa Exploradores en Pijamas, para fines de promoción y divulgativos tanto en medios impresos como en medios digitales (redes sociales, páginas web, etc) relacionadas con el Mef

☐

NO

☐

SI

Comentarios



Por la presente, autorizo a _____ a participar del programa Exploradores en Pijama, a realizarse en el Museo Egipcio Feruglio, en un todo de acuerdo con las normas y horarios exigidos.

Firma

Aclaración

DNI

Rogamos imprimir y completar este formulario con letra clara. El mismo deberá ser entregado en el Museo para confirmar la inscripción de los chicos al programa. No se permitirá el ingreso de ningún menor que no haya presentado este formulario completo y firmado.