



EXPLORADORES DEL REY
CAMPAMENTO NACIONAL 2024 "HEROES"

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Fecha _____ / _____ / _____

Favor de escribir con letras claras:

_____/_____/_____
 NOMBRES APELLIDOS FECHA NACIMIENTO

 DIRECCION

_____/_____/_____
 FECHA DE INGRESO A LOS EXPLORADORES TELEFONO RESIDENCIAL CELULAR CORREO ELECTRONICO

TAMAÑO DE LA CAMISETA: 8 10 12 14 16 S M L XL XXL

PAGO		FECHA	
EFFECTIVO	DEPOSITO	TRANSFERENCIA	CHEQUE
	NO. REF.	DESDE CUENTA	NO. / BANCO

Esta solicitud de Admisión al Camporama Nacional Héroes 2024 no es válida sino va acompañada del monto correspondiente a la matrícula total al momento del cierre de las fechas límites, por lo que el monto parcial pagado (si lo hubiese) no será reembolsable ni transferible a otra persona.

INFORMACION MEDICA

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: _____ PARENTESCO _____ TELEFONO _____

SEGURO MEDICO: ARS _____ No. AFILIADO _____ CARNET No. _____ TIPO DE SANGRE: _____

Ha sufrido el solicitante uno de los siguientes síntomas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Apendectomía |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Oído | <input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Pulmón | <input type="checkbox"/> Infección en la Piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Mala Vista |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Cirugía el pasado año |
| <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Algún desorden que impida actividades intensas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Reacción alérgica a algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o Mareos | <input type="checkbox"/> Consume Medicamentos Recetados |

Alérgico A: _____

Medicamentos que consume actualmente: _____

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

Firmas Requeridas de Registro

Consentimiento del padre o madre/tutor legal: Se requiere la firma del padre o madre/tutor legal para que un menor de edad asista al Camporama Nacional 2024 Héroes a llevarse a cabo en los Llanos de San Pedro de Macorís, del 27 al 30 de marzo del 2024. La firma del padre o madre/tutor legal indica: autorización para prestar atención médica al menor de edad en caso de emergencia médica y confirma la asistencia de este a la mencionada actividad. Además, testifica haber revisado la información aquí suministrada y confirma que es real.

 FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR

Consentimiento del Pastor para el Obrero Cristiano Adulto: Con mi firma doy mi aprobación para que este explorador pueda participar del Camporama Nacional HEROES.

 FIRMA DEL PASTOR

Firma del Comandante Mayor: Con mi firma autorizo a que este explorador pueda participar del Camporama Nacional HEROES.

 FIRMA DEL COMANDANTE MAYOR

Este pago no incluye la camiseta, solo la estadía, transporte, comida, parche más el acceso a todas las actividades del Campamento.

Las hojas de Inscripciones y los pagos correspondientes deben entregarse en manos del Director Local a más tardar el 20 de marzo del 2024. No somos responsables de pagos realizados a terceros.