PODER AMOR Y DOMINIO PROPIO.

'25 CR

RESURRECTION-CR
resurrection.cr.ms@gmail.com
www.resurrectioncr.org
+506 8360 6770

BOLETA MENORES DE EDAD*

1) Nombre completo: _____

2) Edad: _____ Sexo: F ◯ M ◯

3) Números de teléfono: _____, _____

4) Nombre y número de contacto en caso de emergencia:

_____ # _____

5) ¿Asistirá acompañado de algún familiar al evento? Sí ◯ No ◯

6) Nombre y número del líder responsable con quien asiste:

_____ # _____

7) ¿Tiene alguna condición médica o alergia?: Sí ◯ No ◯

En caso afirmativo, indique cuál y si requiere medicamento recetado:

_____

8) ¿Presenta alguna necesidad física, emocional o psicológica que requiera atención especial? Sí ◯ No ◯

Si respondió sí, por favor explique brevemente:

_____

IMPORTANTE:

La organización del evento no se hace responsable por accidentes o situaciones de salud física o emocional que puedan surgir durante la actividad. Se recomienda contar con seguro médico vigente, ya sea escolar o privado. Al firmar esta boleta, usted exonera a los organizadores de toda responsabilidad legal.

_____ _____

Firma del participante Firma del padre madre o encargado legal

*Adjuntar a esta boleta copia de la cédula del participante y del padre madre o encargado.