

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

ORIGEN

Provincia	Municipio

COORDINADORES *(Cada 10 menores debe asistir 1 adulto responsable del grupo)*

Nombre	Apellido	DNI	Celular	Email

INSTITUCIÓN

Nombre	Domicilio	Email	Teléfono	Celular

PARTICIPANTES

	Nombre	Apellido	Fecha nacimiento	DNI	Email	Tel. de emergencia	Especific. alimenticias
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							

Por la presente, declaro con carácter de declaración jurada y dejo constancia:

1- Que acepto y conozco en su totalidad las condiciones y requisitos que rigen el presente programa.

2-Que todos y cada a uno de los datos consignados en el presente Formulario de Inscripción son verdaderos; exactos; vigentes y auténticos.

3- Que, en caso de corresponder, la autorización de viaje fue efectuada ante la institución previa acreditación del vínculo invocado.

Institución:

Cargo:

Firma:

Aclaración:

Fecha: