



CARTA RESPONSIVA Y DE CONSENTIMIENTO

IV CAMPOREE DE CONQUISTADORES UNIÓN MEXICANA DEL NORTE



Por medio de la presente, quien suscribe _____, padre/madre o tutor(a) legal del menor _____, manifiesto que autorizo y otorgo mi consentimiento para que mi hijo(a) participe y asista al Camporee “Protagonistas de la Historia”, el cual se llevará a cabo en la ciudad de Linares, Nuevo León, del 1 al 5 de abril del presente año.

Declaro que he sido informado(a) sobre la naturaleza del evento, las actividades que se realizarán y las condiciones generales de participación, y asumo plena responsabilidad por cualquier situación derivada de la asistencia de mi hijo(a) al camporee, incluyendo traslados, actividades recreativas, deportivas y de convivencia propias del evento.

Asimismo, libero de toda responsabilidad a los organizadores, líderes, instructores y a la institución responsable del evento, en este caso a la **IGLESIA ADVENTISTA DEL SÉPTIMO DÍA UNIÓN DEL NORTE** y sus derivadas, así como a los integrantes y voluntarios de la **RED ADVENTISTA DE CLÍNICAS COMUNITARIAS** y cuerpos de rescate por cualquier accidente, enfermedad o situación imprevista que pudiera presentarse, siempre y cuando no exista negligencia directa.

DATOS DEL EL PADRE/MADRE O TUTOR

Nombre del padre/madre o tutor:			
Teléfono contacto:		Fecha y lugar:	

DATOS DEL MENOR

Nombre del menor:			
Edad:		Iglesia:	
		Club:	

AUTORIZACIÓN

Autorizo que, en caso de emergencia, mi hijo(a) reciba atención médica, primeros auxilios, hospitalización si fuera necesario y traslado de ambulancia durante el desarrollo del evento.

USO DE IMAGEN

Autorizo el uso de la imagen, voz y/o fotografía de mi hijo(a) en:

- Fotografías
- Videos
- Redes sociales
- Material promocional o informativo

Exclusivamente para fines institucionales, educativos y no lucrativos relacionados con el evento y actividades de la organización.

☐ Sí autorizo ☐ No autorizo

Para los fines legales que convengan, firmo la presente carta en pleno uso de mis facultades.

Firma

HOJA MÉDICA DEL PARTICIPANTE

IV CAMPOREE DE CONQUISTADORES UNIÓN MEXICANA DEL NORTE

LINARES, NUEVO LEÓN | 1 AL 5 DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO



DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo: Edad:
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ F ☐ M Peso: Estatura:
Iglesia: Club:

DATOS DEL EL PADRE/MADRE O TUTOR

Nombre completo: Celular:
Teléfono alterno: Correo electrónico:

INFORMACIÓN MÉDICA

Tipo de sangre: ¿Cuenta con seguro médico? ☐ Sí ☐ No
Nombre del seguro (si aplica): Número de póliza:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque lo que corresponda y especifique si es necesario:

☐ Asma ☐ Alergias (especificar): ☐ Diabetes ☐ Epilepsia
☐ Problemas cardiacos ☐ Otra condición médica: ☐ Ninguna

Es alérgico a algún medicamento

☐ Sí ☐ No Menciona el medicamento:
Cuenta con su esquema de vacunación: ☐ Sí ☐ No Está vacunado contra el sarampión: ☐ Sí ☐ No
Especifica la última fecha de vacunación:

MEDICAMENTOS

Toma actualmente algún medicamento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, especifique nombre, dosis y horario:

Autorizo al personal responsable a administrar medicamentos únicamente conforme a las indicaciones proporcionadas por el tutor. ☐ Sí ☐ No

RESTRICCIONES O CUIDADOS ESPECIALES

(Alimentación, actividad física, reposo, etc.)

Nombre y firma del padre/madre o tutor:

Fecha: Documentos anexos: Copia de INE, copia de cartilla de vacunación.r

Declaro haber sido informado(a) que los datos personales proporcionados serán tratados conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y serán utilizados únicamente para fines administrativos, médicos y de seguridad durante el evento.