



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Fecha del Corporate Camp \_\_\_\_\_

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Ocupación y Empresa \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E- mail del Participante \_\_\_\_\_ Otro teléfono de Contacto \_\_\_\_\_

Nombre de un contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono (s) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Familiar \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_

Celular del Médico \_\_\_\_\_

Por favor indique su talla para poderle obsequiar la playera bordada de Tomacoco.  
Chica ( ) Mediana ( ) Grande ( ) Otra talla ( )

En caso que desee adquirir el disco con las fotografías del evento, por favor marque el recuadro de CD.  
El CD tiene un costo de \$200 y es necesario pagarlo con la cuota del campamento. ( ) CD

### DATOS MÉDICOS

Para nosotros es importante saber los cuidados y atenciones específicas que ustedes requieren, por lo que si tienen algún comentario que nos permita darles un mejor servicio, será de gran utilidad. Les pedimos que nos especifiquen los detalles en la parte trasera.

¿Padece algún tipo de alergia? ( ) Si ( ) No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha sido operado recientemente, o no debe practicar alguna actividad por razones médicas?

( ) Si ( ) No Detallar \_\_\_\_\_

¿Le hace daño o no debe comer algún tipo de alimento? ( ) Si ( ) No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Si usted tiene alguna alergia, tratamiento o padecimiento, ¿cuáles son los procedimientos de atención y dosis necesarias?  
(Especificar ampliamente en la parte de atrás y mandar medicamentos)

Nombre y firma de participante

\_\_\_\_\_