

## FICHA DE INSCRIPCION Diciembre Entretenido/Summer Camp Club de Golf Sport Francés

Por medio de la presente, solicito la inscripción a Diciembre Entretenido/Summer Camp, de quienes más adelante detallo, en el período definido.

### 1.- Nombre del Participante


**Fecha Nacimiento**

--

**Edad** años **Sexo** M F

**Colegio**

--

**Curso**

--

**Teléfono de Emergencia**

--

¿Ha participado en este programa? SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Encierre en círculo el período de preferencia.  
Indique en cuantos períodos participará \_\_\_\_\_**

PERIODOS			
1	2	3	
13/12/21 al 22/12/21	04/01/22 al 15/01/22	18/01/22 al 29/01/22	

### 2.- Identificación de los Padres

**Nombre y Apellido Padre** Socio Club SI NO

	SI	NO
--	----	----

--

--

**Nombre y Apellido Madre** Socio Club SI NO

	SI	NO
--	----	----

--

--

### 3.- Dirección de residencia del Participante

--

--

**Teléfono 1**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Teléfono 2**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Previsión	ISAPRE	FONASA	SEGUROS
<b>Participante</b>			

**Indique:**

--

### 4.- Antecedentes Médicos del Participante

Padece o ha padecido algunas de las siguientes patologías:

**Epilepsia** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Dermatitis** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Diabetes o familiares con Diabetes** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Asma Bronquial** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Enfermedad Gastrointestinales** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Cardiopatías o Familiares Cardiópatas** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Alergia a algún alimento o fármaco** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Indique**

--

¿Se encuentra en tratamiento médico? SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Afección que originó el tratamiento**

--

--

**Indique nombre, forma y horarios de la medicación.**

--

--

**Intervenciones Quirúrgicas** SI NO

	SI	NO
--	----	----

**Diagnóstico**

--

**Fecha**

--

Indique cualquier afección o tratamiento no encuestado y que pudiera afectar el desempeño de su hijo.

--

--

--

--

## AUTORIZACION

Autorizo a que mi hijo(a) a participar del Diciembre Entretenido/Summer Camp, aceptando la responsabilidad de los riesgos que implica esta actividad, los cuales declaro conocer.

Nombre \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Tarifas Programa (por niño por período)

Usuario	Valor	Beneficiarios
Socios	\$ 140.000	Socios Club
No Socios	\$ 240.000	Invitados de Socios

**Visitas participantes estarán Sujetas a Disponibilidad de vacantes y previa autorización de la Gerencia del Club. -**

La devolución de lo cancelado será del 80%. Y sólo estará permitida con Certificado médico.

### IMPORTANTE

Cada niño deberá concurrir diariamente con polera, pantalón o falda y zapatillas, además de traje de baño, toalla, protector solar factor 30 o superior, útiles de aseo personal (peineta, cepillo dental y pasta dental).

- \* Las prendas deberán estar debidamente marcadas.
- \* De no asistir, favor avisar al Club a la brevedad.
- \* Se solicita ser puntual en el horario de ingreso y retiro de los niños.



**SPORT FRANCÉS**  
CLUB DE GOLF

Gerencia de Deportes  
Club de Golf Sport Francés

