

VACACIONES RECREATIVAS
INDERSANTANDER 2025
FORMULARIO DE INSCRIPCION



PROGRAMA: OFERTA:

Nombre completo del niñ@				FOTO 3 X 4
Lugar y fecha de Nacimiento				
Documento de Identidad	REG. ☐	T.I. ☐		
Dirección		Barrio		
Estrato		Teléfonos de contacto		
Comuna		E-mail		
Grupos diferenciales	Discapacidad ☐	Victima ☐	Otro	

Información Educativa	Jornada de Estudio	Grado de Estudio
Nombre de la Institución		Publica ☐ privada ☐

Nombre del Padre		Tel. Celular	
Nombre de la Madre		Tel. Celular	

Información Médica EPS :		Tipo de sangre	
--------------------------	----------------------	----------------	----------------------

Antecedentes de Enfermedades (Marque con una X las enfermedades que ha padecido o padece el niño)				
ASMA ☐	BRONQUITIS ☐	DIABETES ☐	FRACTURAS ☐	OPERACIONES: ¿SI ☐ NO ☐ CUAL?
OTITIS ☐	EPILEPSIA ☐	AFECCIONES CARDIACAS ☐	CONVULSIONES ☐	OTRA

Antecedentes Alérgicos (Marque con una X los antecedentes alérgicos que ha padecido o padece el niño/a)				
MEDICAMENTOS ☐	ALIMENTOS ☐	PENICILINA ☐	OTROS ☐	CUAL

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, en calidad de Padre de familia y/o acudiente **ACEPTO** la vinculación y participación del niño/a inscrito en el presente formulario y autorizo al Instituto Departamental de Recreación y Deportes de Santander **INDERSANTANDER** para: **a)** recolectar, almacenar y utilizar los datos suministrados para propósitos pedagógicos, académicos, científicos, estadísticos y promocionales. **b)** que mis datos personales sean administrados y tratados a través de los sistemas de información del **INDERSANTANDER**. **c)** aplicar a mi hijo/a test valorativos en el proceso de diagnóstico, evaluación y control requeridos por parte del programa (los test valorativos no son invasivos y están clasificados como pruebas de campo, estos son: - valoración antropométrica, pruebas motoras, físicas y cognitivas). **d)** Toma y uso de fotografías con fines publicitarios.

Igualmente manifiesto el conocimiento sobre los diferentes riesgos que existen en la práctica de actividades lúdicas y deportivas tales como lesiones físicas y traumatismos entre otras, durante las sesiones del programa, por tal razón, entiendo la importancia de cumplir con mi compromiso de **tener vigente la seguridad social** e informar oportunamente al docente de alguna condición de salud particular que pueda presentar mi representado durante su asistencia al programa o algún tipo de restricción médica que haya sido ordenado por el profesional tratante, exonerando al **INDERSANTANDER**, de toda responsabilidad civil, médica y de cualquier índole, adicional me comprometo a entrar Certificado Afiliación EPS y Certificado Médico vigente.

.

Firma Padre de Familia o Acudiente _____

C.C. _____