

**Documentación que entrega**

Comprobante de domicilio  IDENTIFICACIONES  Cartilla de vacunación

**Nombre del participante:**

\_\_\_\_\_

Sexo M  F  Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños: dd/mm/aa \_\_\_\_\_

**Mencione cualquier enfermedad, padecimiento regular, alergia o condición de salud que padece su  
peque:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datos de la Madre:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del Padre:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: Mismo  Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Qué espera de este taller?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conozco y acepto las condiciones y lineamientos de APAPACHO y me comprometo a respetarlos y hacerlos respetar. Igualmente aseguro que la información que he entregado es correcta y suficiente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma padre, madre o tutor

sello