

**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**


<b>Fecha Nacimiento</b>	
-------------------------	--

<b>Edad</b>		<b>años</b>		<b>Sexo</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
-------------	--	-------------	--	-------------	----------	----------

<b>Colegio</b>	
----------------	--

<b>Curso</b>	
--------------	--

<b>Correo</b>	
---------------	--

<b>¿Ha participado en este programa?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

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

PERIODOS				
1	2	3		
9/12/24 al 18/12/24	07/01/25 al 17/01/25	21/01/25 al 31/01/25		

**2.- Identificación de los Padres**

<b>Nombre y Apellido Padre</b>	<b>Socio Club</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--------------------------------	-------------------	-----------	-----------

--

--

<b>Nombre y Apellido Madre</b>	<b>Socio Club</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--------------------------------	-------------------	-----------	-----------

--

--

**3.- Dirección de residencia del Participante**

--

--

<b>Teléfono 1</b>	
-------------------	--

<b>Teléfono 2</b>	
-------------------	--

Previsión Participante	ISAPRE	FONASA	SEGUROS

<b>Indique:</b>
-----------------

**4.- Antecedentes Médicos del Participante**

Padece o ha padecido algunas de las siguientes patologías:

<b>Epilepsia</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
------------------	-----------	-----------

<b>Dermatitis</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------------	-----------	-----------

<b>Diabetes o familiares con Diabetes</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

<b>Asma Bronquial</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------------------	-----------	-----------

<b>Enfermedad Gastrointestinales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--------------------------------------	-----------	-----------

<b>Cardiopatías o Familiares Cardiópatas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

<b>Alergia a algún alimento o fármaco</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

<b>Indique</b>
----------------

<b>¿Se encuentra en tratamiento médico?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

<b>Afección que originó el tratamiento</b>
--

--

<b>Indique nombre, forma y horarios de la medicación.</b>
---

--

<b>Intervenciones Quirúrgicas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------------------------------	-----------	-----------

<b>Diagnóstico</b>
--------------------

<b>Fecha</b>
--------------

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	\$ 200.000	Socios Club
No Socios	\$ 310.000	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