

FORMADORES MEXICANOS, A.C. y/o SECCIÓN DE JÓVENES DEL REGNUM CHRISTI

C. Administrador Único de Formadores Mexicanos, A.C.

PRESENTE.

a ___ de _____ del 2025.

Por medio de la presente, yo _____ deseo participar en YÍOS CAMP que se llevará a cabo del día 22 de Julio de 2026 al 27 de Julio de 2026, en Hacienda de Caltengo, San Benito 9, Antigua México - Querétaro, Caltengo, Tlaxinacalpan, 42855 Tepeji del Río de Ocampo, Hgo.

De igual forma expreso mi deseo de participar en las diversas actividades ordinarias y extraordinarias establecidas en el programa o anexo de YÍOS CAMP, tales como: talleres, conferencias, conciertos, actividades lúdicas, actividades deportivas, diálogo de formación, atención personal, acompañamiento y cualquier otra prevista en el programa del campamento.

Con la finalidad de llevar a cabo las actividades en el programa del encuentro, estoy consciente que podré entrevistarme con cualquiera de las personas que colaboran en YÍOS CAMP. Estoy de acuerdo en ser contactado(a) por todos los medios disponibles de comunicación para las diversas actividades que me permitan crecer en mi formación personal.

Asimismo, me comprometo a acatar todas las medidas sanitarias que me sean informadas para la asistencia a las actividades y a cumplir con ellas.

Autorizo a los responsables de YÍOS CAMP para que, en caso de emergencia médica derivada de un accidente o enfermedad, se me brinde la atención necesaria y se realicen las acciones correspondientes mientras puedo decidir o contactar a un familiar. Manifiesto que no tengo impedimento físico o psicológico para participar en esta actividad; en caso contrario, especificaré las atenciones médicas que requiera. Asimismo, manifiesto que sí cuento / no cuento con seguro de gastos médicos mayores. En caso de contar con uno, indico aseguradora y número de póliza: _____.

Asimismo, estoy consciente de que, para la presente actividad, Formadores Mexicanos, A.C. y/o la Sección de Jóvenes del Regnum Christi no cuentan con un seguro de gastos médicos mayores para los participantes, por lo que reconozco que cualquier gasto médico que se genere deberá ser cubierto por mi seguro personal o por mí, según corresponda.

Autorizo el uso de mi imagen, voz y nombre para fines institucionales de YÍOS CAMP y Formadores Mexicanos, A.C.:

Sí autorizo No autorizo

Reconozco expresamente que tales videos institucionales, fotografías o grabaciones no constituyen por parte de Formadores Mexicanos, A.C. injerencias arbitrarias o ilegales en la vida privada, familia, domicilio o correspondencia, tampoco realizará divulgaciones o difusiones ilícitas de información o datos personales, incluyendo aquélla que tenga carácter informativo a la opinión pública o de noticia que permita identificarlos y que atenten contra su honra, imagen o reputación. Lo anterior en absoluto respeto a la intimidad personal y familiar, y a la protección de mis datos personales, en los términos de la ley aplicable.

Autorizo a los responsables de YÍOS CAMP para que, en caso de incumplimiento de las normas de convivencia o disciplina, se me solicite dejar de participar en alguna actividad o, en casos graves, se determine mi expulsión del evento, informándome previamente de la causa. En caso de expulsión, acepto que no habrá reembolso de cuotas ni gastos derivados, sin que ello implique responsabilidad para la organización

Reconozco que Formadores Mexicanos, A.C., sus representantes y colaboradores no serán responsables por accidentes o enfermedades que pudieran ocurrir durante la actividad, salvo en los casos previstos por la ley o cuando exista dolo o negligencia grave..

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

FICHA MÉDICA

I.- INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Edad: _____

Colegio _____ Grado _____ Grupo: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Cel. _____

Nombre de la madre o tutora: _____ Cel. _____

Domicilio: _____

Tel. casa: _____ Tel. Of. _____

Contacto en caso de emergencia 1: _____

Relación: _____ Tel. _____ Cel.: _____

Contacto en caso de emergencia 2: _____

Relación: _____ Tel. _____ Cel.: _____

II.-DATOS DE SALUD:

1. Tipo de sangre: _____
2. Nombre y teléfono del médico familiar: _____
3. Padecimientos en los últimos doce meses: _____
4. Enfermedades crónicas que sufre: _____
5. Medicamentos que toma para el control de enfermedad crónica: _____
6. Adjuntar prescripción médica del medicamento en original e instructivo para su administración.
7. Alergias que sufre el alumno y medicamento que deberá administrarse: _____
8. Medicamentos que pueden administrarse para padecimientos leves y repentinos tales como dolor de cabeza y diarrea: _____
9. Primera persona a la que debe darse aviso en caso de accidente o enfermedad repentina:

10. Hospital al que debe trasladarse en caso de emergencia (en la inteligencia de que, si se trata de un caso en el que esté en riesgo la vida, se trasladará al hospital más cercano):
