



Tribus- Campa 2024:

Este campamento está diseñado para los jóvenes de 12 a 14 años que asisten a nuestro Ministerio. En el campamento ellos experimentarán tiempos de música y adoración, prédicas retadoras, discusiones en grupos pequeños, juegos competitivos al aire libre, juegos con agua, juegos extremos y tiempos libres; la cual en adelante y para los efectos de la presente se denominará **“La actividad”**.

La actividad será realizada por el Ministerio Somos Jóvenes en la **Etapla 12-14** de Iglesia Evangélica Vida Real.tv, bajo la supervisión del equipo y los voluntarios de 12-14 Ilumina zona 10, 12-14 Sede Próceres, 12-14 Sede Roosevelt, 12-14 Sede Antigua, 12-14 Sede Norte, 12-14 Sede Villa Nueva, 12-14 Sede Xela y 12-14 Sede Escuintla, como en las diferentes salas de Cine en donde funciona el ministerio como tal, en adelante y para efectos de la presente se conocerá indistintamente como **“Etapla 12-14”**.

Yo, _____, quien me identifico con el documento personal de identificación –DPI– con código único de identificación número _____ extendido por el Registro Nacional de las personas -RENAP- como padre de familia en ejercicio de la patria potestad o como tutor del estudiante: _____ a quien en adelante se le denominara “El estudiante”, aplicó al Ministerio de Somos Jóvenes de la Etapa 12-14 para la actividad **Tribus-Campa 2024**: Yo reconozco, manifiesto y expreso que la siguiente información es verídica y exacta. Yo, en la calidad en la que actúo, reconozco que la participación de el estudiante en “La actividad” implica riesgos de lesiones hacia su persona, tercero y propiedad ajena, de tal suerte que en la calidad con la que actúo, asumo esos riesgos, incluyendo pero no limitándose a los riesgos que puedan surgir de hechos o actos ajenos al control y voluntad de los miembros y voluntarios de la Etapa 12-14, actos que intencional o inintencionalmente ejecute el estudiante o terceros que también participen de La actividad.

En la calidad en la que actúo manifiesto que El estudiante está en buen estado de salud física y mental. Continúo manifestando, en la calidad con la que actúo, que he discutido o bien discutiré con el médico de mi preferencia la aptitud de El estudiante para participar en La actividad, asimismo asumo la obligación de implementar las medidas que recomiende el médico de mi preferencia a fin de que pueda participar de La actividad; reconozco que la Etapa 12-14 no va a realizar ninguna evaluación médica



para aprobar la participación del estudiante basándose en su estado físico. Doy mi autorización para que el estudiante sea atendido por cualquier enfermedad o lesión que le pueda suceder durante su participación en la actividad.

Asevero, en la calidad en la que actúo, eximo de toda responsabilidad a Iglesia Evangélica Vida Real, por cualquier hecho o acto que acaezca durante el transcurso de “La Actividad”; declaro asimismo que renuncio a toda acción judicial, o de cualquier orden, especialmente en el ámbito civil y/o penal, que pudiera corresponderme en contra de Iglesia Evangélica Vida Real por daños y/o perjuicios; lesiones leves, levísimas o graves, que sufra El estudiante, asumiendo a mi cargo y por mi cuenta todos los gastos que con ocasión a los mismos puedan surgir; asimismo en virtud del Artículo 1660 del Código Civil asumo la obligación de responsabilizarme por los daños y perjuicios, lesiones levísimas, leves o graves que El Estudiante pueda ocasionar a terceros o a propiedad ajena así como a sí mismo, de tal suerte que me comprometo a mi propia cuenta y riesgo responder por todos los gastos que pudieran generarse.

Yo, _____,
como padre de familia en ejercicio de la patria potestad o como tutor del estudiante, autorizo expresamente a El estudiante para que acuda a La Actividad y participe de todos los eventos y dinámicas que La Etapa 12-14 haya programado.

PADRE DE FAMILIA/ TUTOR

(Firma)

ESTUDIANTE

(Firma)

INCLUIR AUTENTICA DE FIRMA



Breve Historial Médico

En caso de cualquier emergencia necesitaremos la información más exacta y actualizada posible que pueda ser indispensable para poder brindarle el mejor cuidado al estudiante.

Padece de alguna enfermedad y qué medicamentos está tomando actualmente:

Datos del Seguro médico del estudiante:

Aseguradora: _____

Póliza: _____

Certificado: _____

Enliste todas las cosas a las que es alérgico y/u otros aspectos a los cuales debemos prestarle

atención (incluyendo medicamentos):

Otro contacto en caso de emergencia (además de quien firma este documento):

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Correo: _____

Celular: _____