CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y/O RECREATIVAS

Hoy (fecha), con el diligenciamiento del siguiente formulario y mi firma asumo que he comprendido perfectamente lo descrito al respaldo de esta página y doy mi consentimiento y autorización para que la persona bajo mi responsabilidad, que relaciono a continuación, participe de la actividad (Nombre de la actividad / Diligenciar en computador), y me responsabilizo de cualquier eventualidad que le suceda durante la actividad. Por lo tanto, eximo al INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD, Subdirección Técnica de Recreación y Deportes, Área de Deportes, proyecto de inversión: Formación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes, en las Disciplinas Deportivas Priorizadas, en el Marco de la Jornada Escolar Complementaria en Bogotá, de cualquier responsabilidad:

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	TELÉFONO DEL PADRE DE FAMILIA REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NOMBRE DEL MENOR DE EDAD	EPS DEL MENOR DE EDAD	FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR
Brisa Dayana Poveda Ibañez	1.016.005.562	dayana 2709 @ hotmail.com	3017876542	Helen Sofia Duarte Poveda.	Compensar	

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y/O RECREATIVAS

Hoy (fecha), con el diligenciamiento del siguiente formulario y mi firma asumo que he comprendido perfectamente lo descrito al respaldo de esta página y doy mi consentimiento y autorización para que la persona bajo mi responsabilidad, que relaciono a continuación, participe de la actividad (Nombre de la actividad / Diligenciar en computador), y me responsabilizo de cualquier eventualidad que le suceda durante la actividad. Por lo tanto, eximo al INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD, Subdirección Técnica de Recreación y Deportes, Área de Deportes, proyecto de inversión: Formación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes, en las Disciplinas Deportivas Priorizadas, en el Marco de la Jornada Escolar Complementaria en Bogotá, de cualquier responsabilidad:

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	TELÉFONO DEL PADRE DE FAMILIA REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NOMBRE DEL MENOR DE EDAD	EPS DEL MENOR DE EDAD	FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR
Karen Duarte Vasquez	52917300	Katadova@hotmail.co	3212326110	Samuel David Torres Duarte.	famisanar.	Karen Duarte

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y/O RECREATIVAS

Hoy (fecha), con el diligenciamiento del siguiente formulario y mi firma asumo que he comprendido perfectamente lo descrito al respaldo de esta página y doy mi consentimiento y autorización para que la persona bajo mi responsabilidad, que relaciono a continuación, participe de la actividad (Nombre de la actividad / Diligenciar en computador), y me responsabilizo de cualquier eventualidad que le suceda durante la actividad. Por lo tanto, eximo al INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD, Subdirección Técnica de Recreación y Deportes, Área de Deportes, proyecto de inversión: Formación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes, en las Disciplinas Deportivas Priorizadas, en el Marco de la Jornada Escolar Complementaria en Bogotá, de cualquier responsabilidad:

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	TELÉFONO DEL PADRE DE FAMILIA REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NOMBRE DEL MENOR DE EDAD	EPS DEL MENOR DE EDAD	FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR
Karen T. Duarte M	52917300	katadumo@hotmail.com	3212526110 3138375999	tomas felipe Torres Duarte	famisanar.	Karen Duarte

FOMENTO AL DEPORTE. V

Con el diligenciamiento del siguiente formulario y mi firma asumo que he comprendido perfectamente lo descrito al respaldo de esta página y doy mi consentimiento y autorización para que la persona bajo mi responsabilidad, que relaciono a continuación, participe de la actividad (Nombre de la actividad / Diligenciar en computador), y me responsabilizo de cualquier eventualidad que le suceda durante la actividad. Por lo tanto, eximo al INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD, Subdirección Técnica de Recreación y Deportes, Área de Deportes, proyecto de inversión: Formación de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes, en las Disciplinas Deportivas Priorizadas, en el Marco de la Jornada Escolar Complementaria en Bogotá, de cualquier responsabilidad:

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	TELÉFONO DEL PADRE DE FAMILIA REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR	NOMBRE DEL MENOR DE EDAD	EPS DEL MENOR DE EDAD	FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA, REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE DEL MENOR
Sandra M. Duarte	51831331	magramosve. @hotmail.com	3212526116	Esteban Acosta Duarte	Famisanar	Sandra Duarte
Diana Galindo	52443027	Carolina.MacKBen@Gmail.com	3005732712	Karla Galindo	Famisanar	Diana
Marlen Vivas	23556592	MaVi2107@Gmail.com	3134701407	Julian Santigo	Famisanar	Marlen V.
Marlen Vivas	23556592	MaVi2107@Gmail.com	3134701407	Sofia Cortes	Salud Total	Marlen V.
Maria H Salgado	41648663	Maria Helen salgado duran@Gmail.com	3142314478	Adrian Neira	Sura	54

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INSCRIPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIONES Y REGLAMENTOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN VACACIONES RECREATIVAS

Fecha diligenciamiento: 27 NOV. 2021 | Nombre del parque: Bochica Etapa I | Cód.: D-245 | Dirección: carrera 95D # calle 83. | Localidad: Engativa | UPZ: Minuto de Dios

Fecha vacaciones recreativas, de: 29 Nov. 4 Dic. | Recreador responsable: Rosa Garzón | Tel. responsable: 316 852 47 59. | Gestor responsable:

1

Apellidos y Nombres del niño: Bonilla torres David felipe. | Documento: TI X | Número: 1028495849. | Fecha de nacimiento: 27-11-2011 | Edad: 10. | País nacimiento: colombia | Departamento nacimiento: cundinamarca.

Ciudad nacimiento: Bogotá | Celular: 321 2205526 | Grupo poblacional: | E.P.S: Famisanar. | Sexo: M | Identidad G.: | Orientación S.: | Grupo étnico: | Cabildo Indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: | Localidad residencia: Engativa. | UPZ residencia: | Barrio residencia: | Dirección residencia: | Estrato: 3 | Apellidos y Nombres del acudiente: Jeimy Bonilla.

Documento: CC X | Número: 1014202057 | Grupo poblacional: | Celular: 321 2205526 | Observaciones: NO. | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Jeimmy Bonilla.

2

Apellidos y Nombres del niño: Puentes Sanabria Bret Santiago. | Documento: TI X | Número: 1.021.315.917 | Fecha de nacimiento: 06-SEP.2010 | Edad: 11 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento: cundinamarca

Ciudad nacimiento: Bogotá | Celular: 3115495260 | Grupo poblacional: 19. | E.P.S: Famisanar. | Sexo: M | Identidad G.: | Orientación S.: | Grupo étnico: | Cabildo Indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: O+ | Localidad residencia: Engativa. | UPZ residencia: Minuto de Dios. | Barrio residencia: Bochica I. | Dirección residencia: Bloque C1 APTO 204 carrera 95-D. Calle 87 | Estrato: 3. | Apellidos y Nombres del acudiente: Morena Luna Sol

Documento: TI X | Número: 39 [illegible] 3553. | Grupo poblacional: 19. | Celular: 3115493260 | Observaciones: NO. | Firma del adulto responsable acudiente del menor: [signature] Juan

3

Apellidos y Nombres del niño: Zambrano Samuel Esteban. | Documento: RC X | Número: 1028725526. | Fecha de nacimiento: 19-11-2014. | Edad: 8. | País nacimiento: Colombia. | Departamento nacimiento: Cundinamarca

Ciudad nacimiento: Bogota. | Celular: 3228196327 | Grupo poblacional: 19 | E.P.S: Sura. | Sexo: M | Identidad G.: | Orientación S.: | Grupo étnico: | Cabildo Indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: O+. | Localidad residencia: Engativa. | UPZ residencia: Minuto de Dios. | Barrio residencia: Bochica. | Dirección residencia: cra 95 HM, 96-30 | Estrato: 2. | Apellidos y Nombres del acudiente: Claudia Rativa

Documento: CC X | Número: 1'016029 55 | Grupo poblacional: 19 | Celular: 3228196327 | Observaciones: NO. | Firma del adulto responsable acudiente del menor: [signature]

4

Apellidos y Nombres del niño: Geronimo Hernandez Flores | Documento: TI X | Número: 41128076. | Fecha de nacimiento: 7-01-2013 | Edad: 8 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento: cundinamarca.

Ciudad nacimiento: Bogota | Celular: 3012533121 | Grupo poblacional: | E.P.S: Sanitas. | Sexo: M | Identidad G.: | Orientación S.: | Grupo étnico: | Cabildo Indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: O+. | Localidad residencia: Engativa. | UPZ residencia: Minuto de Dios. | Barrio residencia: Bochica I. | Dirección residencia: calle 85 # 95-26. | Estrato: 3. | Apellidos y Nombres del acudiente: Lesly Flores M.

Documento: TI X | Número: 52889055 | Grupo poblacional: | Celular: 3012533121 | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor: [signature]

5

Apellidos y Nombres del niño: | Documento: | Número: | Fecha de nacimiento: | Edad: | País nacimiento: | Departamento nacimiento:

Ciudad nacimiento: | Celular: | Grupo poblacional: | E.P.S: | Sexo: | Identidad G.: | Orientación S.: | Grupo étnico: | Cabildo Indígena: | Tiene discapacidad: | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: | Dirección residencia: | Estrato: | Apellidos y Nombres del acudiente:

Documento: | Número: | Grupo poblacional: | Celular: | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor:

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INSCRIPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIONES Y REGLAMENTOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN VACACIONES RECREATIVAS

Fecha diligenciamiento:
Nombre del parque:
Cód. :
Dirección:
Fecha vacaciones recreativas, de:
a:
Recreador responsable:
Localidad:
UPZ:
Tel. responsable:
Gestor responsable:

1

Apellidos y Nombres del niño: (Como aparece en el documento de identidad) Sebastian Silva
Documento marque con X: T.I | R.C | Pa.
Número:
Fecha de nacimiento:
Edad:
País nacimiento:
Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento:
Celular:
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
E.P.S: Famisanar
Sexo marque con X: F | M | I
Identidad G. marque con X: F | M | T
Orientación S. marque con X: H | G | L | B
Grupo étnico: Ver código al respaldo
Cabildo indígena: Ver código al respaldo
Tiene discapacidad: marque con X — Si | No
Tipo dis: Ver códi
RH y grupo sanguíneo:
Localidad residencia:
UPZ residencia:
Barrio residencia:
Dirección residencia:
Documento marque con X: C.C | C.E | Pa.
Número:
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
Celular: 3124749178
Observaciones: (Tratamientos médicos, otros)
Estrato:
Apellidos y Nombres del acudiente: (Como aparece en el documento de identidad) Alejandra Medina
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

2

Apellidos y Nombres del niño: (Como aparece en el documento de identidad) Edwin Silva.
Documento marque con X: T.I | R.C | Pa.
Número:
Fecha de nacimiento:
Edad:
País nacimiento:
Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento:
Celular:
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
E.P.S:
Sexo marque con X: F | M | I
Identidad G. marque con X: F | M | T
Orientación S. marque con X: H | G | L | B
Grupo étnico: Ver código al respaldo
Cabildo indígena: Ver código al respaldo
Tiene discapacidad: marque con X — Si | No
Tipo dis: Ver códi
RH y grupo sanguíneo:
Localidad residencia:
UPZ residencia:
Barrio residencia:
Dirección residencia:
Documento marque con X: C.C | C.E | Pa.
Número:
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
Celular: 3124749178
Observaciones: (Tratamientos médicos, otros)
Estrato:
Apellidos y Nombres del acudiente: (Como aparece en el documento de identidad) Alejandra medina
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

3

Apellidos y Nombres del niño: (Como aparece en el documento de identidad) Nicolas Garcia Gonzalez
Documento marque con X: T.I | R.C | Pa.
Número: 1144122867
Fecha de nacimiento: 27/10/2015
Edad: 11
País nacimiento: B.
Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento:
Celular: 3102418548
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
E.P.S: Famisanar
Sexo marque con X: F | M | I
Identidad G. marque con X: F | M | T
Orientación S. marque con X: H | G | L | B
Grupo étnico: Ver código al respaldo
Cabildo indígena: Ver código al respaldo
Tiene discapacidad: marque con X — Si | No
Tipo dis: Ver códi
RH y grupo sanguíneo:
Localidad residencia:
UPZ residencia:
Barrio residencia:
Dirección residencia: Bl 8 702
Documento marque con X: C.C | C.E | Pa.
Número:
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
Celular:
Observaciones: (Tratamientos médicos, otros) No sale solo.
Estrato:
Apellidos y Nombres del acudiente: (Como aparece en el documento de identidad) Jenny Gonzalez
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

4

Apellidos y Nombres del niño: (Como aparece en el documento de identidad) Danna Isabella Cortes
Documento marque con X: T.I | R.C | Pa.
Número:
Fecha de nacimiento:
Edad:
País nacimiento:
Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento:
Celular: 3193874343
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
E.P.S:
Sexo marque con X: F | M | I
Identidad G. marque con X: F | M | T
Orientación S. marque con X: H | G | L | B
Grupo étnico: Ver código al respaldo
Cabildo indígena: Ver código al respaldo
Tiene discapacidad: marque con X — Si | No
Tipo dis: Ver códi
RH y grupo sanguíneo:
Localidad residencia:
UPZ residencia:
Barrio residencia: Bochica.
Dirección residencia:
Documento marque con X: C.C | C.E | Pa.
Número: 52329767
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
Celular: 3178278343
Observaciones: (Tratamientos médicos, otros) No se queda
Estrato:
Apellidos y Nombres del acudiente: (Como aparece en el documento de identidad) Angela Sierra
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

5

Apellidos y Nombres del niño: (Como aparece en el documento de identidad) Mariana Sierra Gutierrez
Documento marque con X: T.I | R.C | Pa.
Número:
Fecha de nacimiento:
Edad:
País nacimiento:
Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento:
Celular: 4247772
Grupo poblacional: Ver código al respaldo
E.P.S:
Sexo marque con X: F | M | I
Identidad G. marque con X: F | M | T
Orientación S. marque con X: H | G | L | B
Grupo étnico: Ver código al respaldo
Cabildo indígena: Ver código al respaldo
Tiene discapacidad: marque con X — Si | No
Tipo dis: Ver códi
RH y grupo sanguíneo: A+
Localidad residencia:
UPZ residencia:
Barrio residencia: Bochica
Dirección residencia: cll 83 # 95-55
Estrato:
Apellidos y Nombres del acudiente: (Como aparece en el documento de identidad) Emperatriz Gutierrez

3124247712.

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INSCRIPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIONES Y REGLAMENTOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN VACACIONES RECREATIVAS

Fecha diligenciamiento:
Fecha vacaciones recreativas, de: 29 NOV a: 4 Diciembre
Nombre del parque: Bochica I
Cód.:
Recreador responsable: Paola Margret
Dirección: cll 83 # 95D-04
Localidad: Engativa
UPZ: Minuto
Tel. responsable: 3015686525
Gestor responsable:

1
Apellidos y Nombres del niño: Karen Vanesa Venegas Camacho
Documento: RC Pa. Número: 1220219127 Fecha de nacimiento: 19/02/2015 Edad: 6 País nacimiento: Bogota Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Celular: 3124794475 Grupo poblacional: E.P.S: NUEVA EPS
Sexo: M I Identidad G.: M T Orientación S.: H G L B Grupo étnico: Cabildo indígena: Tiene discapacidad: Si No Tipo dis
RH y grupo sanguíneo: Localidad residencia: UPZ residencia: Barrio residencia: Bochica I Dirección residencia: cll 83 # 95d-04 B/A3-509 Estrato: 3
Apellidos y Nombres del acudiente: Guillermo Venegas
Documento: CC CE Pa. Número: 195239 Grupo poblacional: Celular: 3142244719
Observaciones: No sale sola.
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

2
Apellidos y Nombres del niño: Mariana Santacruz Isaza
Documento: RC Pa. Número: 1145275564 Fecha de nacimiento: 5/Enero/10 Edad: 10 País nacimiento: Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogota Celular: 3043344462 Grupo poblacional: E.P.S: Compensar
Sexo: M I Identidad G.: F M T Orientación S.: H G L B Grupo étnico: Cabildo indígena: Tiene discapacidad: Si No Tipo dis
RH y grupo sanguíneo: At Localidad residencia: UPZ residencia: Barrio residencia: Bochica Dirección residencia: cl 86 # 95-23 B/05-503 Estrato: 3
Apellidos y Nombres del acudiente: Viviana Isaza
Documento: CC CE Pa. Número: 52962831 Grupo poblacional: Celular: 3043344462
Observaciones: No sale sola.
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

3
Apellidos y Nombres del niño: Juan esteban Santa Cruz Isaza
Documento: RC Pa. Número: 1066621866 Fecha de nacimiento: 21/9/15 Edad: 6 País nacimiento: Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogotá Celular: 3043344462 Grupo poblacional: E.P.S: Compensar
Sexo: F I Identidad G.: F T Orientación S.: H G L B Grupo étnico: Cabildo indígena: Tiene discapacidad: Si No Tipo dis
RH y grupo sanguíneo: Localidad residencia: UPZ residencia: Barrio residencia: Dirección residencia: Estrato: Apellidos y Nombres del acudiente:
Documento: CC CE Pa. Número: Grupo poblacional: Celular: Observaciones:
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

4
Apellidos y Nombres del niño: Isabella Laiton Cano
Documento: RC Pa. Número: 1027965695 Fecha de nacimiento: 9/09/2015 Edad: 6 País nacimiento: Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogota Celular: 3132777791 Grupo poblacional: E.P.S: Sanitas
Sexo: M I Identidad G.: M T Orientación S.: H G L B Grupo étnico: Cabildo indígena: Tiene discapacidad: Si No Tipo dis
RH y grupo sanguíneo: O+ Localidad residencia: UPZ residencia: Barrio residencia: Bochica Dirección residencia: D2 - 313 Estrato: 3 Apellidos y Nombres del acudiente: Yamile Cano
Documento: CC CE Pa. Número: 52495724 Grupo poblacional: Celular: 3124776858
Observaciones: No sale sola.
Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

5
Apellidos y Nombres del niño: Juan Sebastian Garcia Mendoza
Documento: TI RC Pa. Número: 1141333570 Fecha de nacimiento: 29/7/2011 Edad: 10 País nacimiento: Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogota Celular: 3112522939 Grupo poblacional: E.P.S: Policia
Sexo: M I Identidad G.: M T Orientación S.: H G L B Grupo étnico: Cabildo indígena: Tiene discapacidad: Si No Tipo dis
RH y grupo sanguíneo: O+ Localidad residencia: UPZ residencia: Barrio residencia: Bochica. Dirección residencia: D2 # 103 Estrato: 3. Apellidos y Nombres del acudiente: Paola Mendoza

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INSCRIPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIONES Y REGLAMENTOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN VACACIONES RECREATIVAS

Fecha diligenciamiento: 28 NOV | Nombre del parque: Bochica I | Cód.: | Dirección: cll 83 #95d-34 | Localidad: Engativa | UPZ: Minuto.
Fecha vacaciones recreativas, de: 29 NOV a 4 Diciembre | Recreador responsable: Paola Marquez | Tel. responsable: | Gestor responsable:

1
Apellidos y Nombres del niño: David Alejandro Clavo Nuñez | Documento: TI | Número: 1088245337 | Fecha de nacimiento: 11 Ago | Edad: 10 | País nacimiento: | Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogota | Celular: 314275147 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Policia | Sexo: F | Identidad G.: F | Orientación S.: T | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:
RH y grupo sanguíneo: O+ | Localidad residencia: 90 | UPZ residencia: 29 | Barrio residencia: Bahica I | Dirección residencia: cll 83 #95d-34 62 Sur 4 | Estrato: 3 | Apellidos y Nombres del acudiente: Jhon Jairo Clavo.
Documento: CC | Número: 1090369748 | Grupo poblacional: | Celular: 3114275147 | Observaciones: No salen solos | Firma del adulto responsable acudiente del menor: John Clavo

2
Apellidos y Nombres del niño: Aileen Sophia Clavo | Documento: TI | Número: 1145929764 | Fecha de nacimiento: 20/NOV/14 | Edad: 7 | País nacimiento: | Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogota | Celular: 3114275147 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Policia | Sexo: F | Identidad G.: F | Orientación S.: T | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:
RH y grupo sanguíneo: | Localidad residencia: 10 | UPZ residencia: 29 | Barrio residencia: Bochica I | Dirección residencia: cll 83 #95d-31 CBC2 3/4 | Estrato: 3 | Apellidos y Nombres del acudiente: Jhon Jairo Clavo.
Documento: TI | Número: 1090369748 | Grupo poblacional: | Celular: | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor: John Clavo

3
Apellidos y Nombres del niño: Sofy Ibañez Galindo | Documento: TI | Número: 1028872144 | Fecha de nacimiento: 24/06/14 | Edad: 10 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento: Cundinamarca
Ciudad nacimiento: Bogota | Celular: 3214753453 | Grupo poblacional: | E.P.S.: | Sexo: F | Identidad G.: F | Orientación S.: T | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:
RH y grupo sanguíneo: . | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: | Dirección residencia: | Estrato: 2 | Apellidos y Nombres del acudiente: Tatiana Galindo
Documento: CC | Número: 53767765 | Grupo poblacional: | Celular: 3214753453 | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor:

4
Apellidos y Nombres del niño: Isabella villegas Guevara | Documento: TI | Número: 1088273688 | Fecha de nacimiento: 7/06/2012 | Edad: 9 | País nacimiento: | Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: Bogota | Celular: | Grupo poblacional: | E.P.S.: Sanitas | Sexo: F | Identidad G.: F | Orientación S.: T | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:
RH y grupo sanguíneo: o+ | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: Bochica. | Dirección residencia: D 5 Apto 505 | Estrato: 1 | Apellidos y Nombres del acudiente: claudia Guevara
Documento: CC | Número: 52271650 | Grupo poblacional: | Celular: 3224769078 | Observaciones: Se va Sola. | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Claudia G

5
Apellidos y Nombres del niño: Miguel Angel Diaz Garcia | Documento: TI | Número: 1071397613 | Fecha de nacimiento: 30/04/2006 | Edad: 14 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento:
Ciudad nacimiento: | Celular: 3195407776 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Famisanar | Sexo: F | Identidad G.: F | Orientación S.: T | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: No | Tipo discapacidad:
RH y grupo sanguíneo: o+ | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: Bochuet | Dirección residencia: cll 87 #95A 05 | Estrato: 2 | Apellidos y Nombres del acudiente: Juan Carlos Diaz G
Documento: TI | Número: 800785688 | Grupo poblacional: | Celular: 3195407776 | Observaciones: Se puede ir solo | Firma del adulto responsable acudiente del menor:

PROMOCIÓN DE LA RECREAC

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INSCRIPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIONES Y REGLAMENTOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN VACACIONES RECREATIVAS

Fecha diligenciamiento: 28 NOV | Nombre del parque: Bochica 1 | Cód.: | Dirección: | Localidad: Engativa | UPZ: Minuto

Fecha vacaciones recreativas, de: 29 NOV a: 4 diciembre | Recreador responsable: Paola Marquez | Tel. responsable: 3015686525 | Gestor responsable:

1

Apellidos y Nombres del niño: Danna Valeria Rodriguez Xote | Documento: RC | Número: 1166963633 | Fecha de nacimiento: 16/12/2015 | Edad: 5 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento: Bogota

Ciudad nacimiento: Bogota. | Celular: 3274916890 | Grupo poblacional: 5 | E.P.S.: Sanidad Militar | Sexo: F | Identidad G.: M | Orientación S.: H | Grupo étnico: 8 | Cabildo indígena: 3 | Tiene discapacidad: SI | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: o+ | Localidad residencia: Engativa | UPZ residencia: Minuto. | Barrio residencia: Bochica 1. | Dirección residencia: cll 86 #95-23 Bl d2 402. | Estrato: 3 | Apellidos y Nombres del acudiente: Marcela Pate

Documento: CC | Número: 1022346491 | Grupo poblacional: | Celular: 3274916890 | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

2

Apellidos y Nombres del niño: Maria Salome Cordero Sierra | Documento: TI | Número: 1145276347 | Fecha de nacimiento: 9/2/12 | Edad: 9 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento: Bogota.

Ciudad nacimiento: Bogota. | Celular: 3193874351 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Capital | Sexo: F | Identidad G.: M | Orientación S.: H | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: SI | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: a+ | Localidad residencia: Engativa | UPZ residencia: | Barrio residencia: Bochica. | Dirección residencia: cr95f # 86A-28 Ap206 | Estrato: 2. | Apellidos y Nombres del acudiente: Angela Sierra

Documento: CC | Número: 52329768 | Grupo poblacional: | Celular: 3193874351 | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

3

Apellidos y Nombres del niño: Helen Murcia Trujillo | Documento: RC | Número: 1089868467 | Fecha de nacimiento: 1/12/14 | Edad: 10 | País nacimiento: Colombia | Departamento nacimiento:

Ciudad nacimiento: | Celular: 3274847304 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Coomeva | Sexo: F | Identidad G.: I | Orientación S.: H | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: SI | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: B+ | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: Bochica II | Dirección residencia: cll 82b #95f-14 Apt 304 | Estrato: 2 | Apellidos y Nombres del acudiente: Astrid Eugenia Trujillo

Documento: CE | Número: 26515613 | Grupo poblacional: | Celular: 3274847304 | Observaciones: | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

4

Apellidos y Nombres del niño: Santiago Gonzalez Adame | Documento: RC | Número: 1147178149 | Fecha de nacimiento: 18/07/13 | Edad: 8 | País nacimiento: | Departamento nacimiento:

Ciudad nacimiento: | Celular: 3076053727 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Sanitas | Sexo: F | Identidad G.: I | Orientación S.: F | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: SI | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: o+ | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: Bochica II | Dirección residencia: cll 82b #95b-75 Apt 204 | Estrato: 2. | Apellidos y Nombres del acudiente: Natalia Andrea Adame

Documento: CC | Número: 1015437778 | Grupo poblacional: | Celular: 3076053724 | Observaciones: No se ve solo | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario

5

Apellidos y Nombres del niño: Juan Camilo Avila Adame | Documento: RC | Número: 1078496184 | Fecha de nacimiento: 27/07/11 | Edad: 9 | País nacimiento: | Departamento nacimiento:

Ciudad nacimiento: Bogota. | Celular: 3138039311 | Grupo poblacional: | E.P.S.: Compensar | Sexo: F | Identidad G.: F | Orientación S.: H | Grupo étnico: | Cabildo indígena: | Tiene discapacidad: SI | Tipo discapacidad:

RH y grupo sanguíneo: o+ | Localidad residencia: | UPZ residencia: | Barrio residencia: Bochica I | Dirección residencia: cll 83 # 95d # 75 Apt 402 | Estrato: 2. | Apellidos y Nombres del acudiente: Diana Paola Adame

Documento: CC | Número: 52907904 | Grupo poblacional: | Celular: 3175509350. | Observaciones: No se ve solo | Firma del adulto responsable acudiente del menor: Con firma del presente formulario declaro que he leído y comprendido lo señalado en el consentimiento informado y autorizaciones, que está al respaldo del presente formulario


IDRD
BOGOTÁ


IDRD
BOGOTÁ














IDRD





Proyecto 7851
Recreación y Deporte para la formación Ciudadana en Bogotá

INSCRIPCIONES A VACACIONES RECREATIVAS IDRD

Lugar: Parque Bochica I

Horario: 9-12 y 1-4pm

ACTIVIDADES: 29 nov al 3 de dic

Requisitos:

- Fotocopia documento de identidad
- Fotocopia de eps o fosyga
- Certificado vacunación mayores 11 años

VEN, DISFRUTA Y DIVIERTETE

HOY 28 NOVIEMBRE
INSCRIPCIONES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE
BOGOTÁ