

## Registros fotográficos de recepción de documentos de inscripción.

| FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO<br>FICHA DE INSCRIPCIÓN<br>ACTIVIDAD FÍSICA                                                                                                                                                          |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| BARRIO DE ACTIVIDAD: <u>Ulla Jimena</u>                                                                                                                                                                                                      | HORARIO: _____                                |
| INFORMACION DEL USUARIO                                                                                                                                                                                                                      |                                               |
| NOMBRE COMPLETO: <u>Yurany Ramirez Torres</u>                                                                                                                                                                                                | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <u>138364243</u> |
| FECHA DE NACIMIENTO: <u>Dia 20 Mes 01 Año 1984</u>                                                                                                                                                                                           | EDAD: <u>37 años</u>                          |
| TELEFONO: <u>3212796238</u>                                                                                                                                                                                                                  | BARRIO: <u>Ulla Jimena</u>                    |
| DIRECCION: <u>D7 58 sur # 28-72 Lor. Almendras</u>                                                                                                                                                                                           |                                               |
| ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                               |
| ¿CUENTA CON CONTRAINDICACION MEDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       |                                               |
| INFORMACION ADICIONAL (Marque con una X)                                                                                                                                                                                                     |                                               |
| GENERO: MASC <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                 |                                               |
| ETNIA: AFRO <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/> GITANO <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                                               |
| ¿VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                            |                                               |
| ¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿CUAL? _____                                                                                                                                  |                                               |
| ¿HA TENIDO CONTACTO CON UNA PERSONA CONTAGIADA POR EL COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                    |                                               |
| ¿CUENTA CON VACUNACION COVID 19? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DOSIS: 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |                                               |
| INFORMACION FAMILIAR (EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON)                                                                                                                                                                                 |                                               |
| NOMBRE COMPLETO: <u>Paisa Maria Torres</u>                                                                                                                                                                                                   | TELEFONO: _____                               |
| PARENTESCO: <u>Madre</u>                                                                                                                                                                                                                     | TELEFONO: _____                               |
| FIRMA USUARIO: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                                | Nombre de profesor: _____                     |
| C.C. <u>38364243</u>                                                                                                                                                                                                                         | FIRMA PROFESOR: _____                         |
| NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo, declaro participar de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad.                                                |                                               |

| FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO<br>FICHA DE INSCRIPCIÓN<br>ACTIVIDAD FÍSICA                                                                                                                                                          |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| BARRIO DE ACTIVIDAD: <u>San Carlos</u>                                                                                                                                                                                                       | HORARIO: <u>6PM - 7PM</u>                      |
| INFORMACION DEL USUARIO                                                                                                                                                                                                                      |                                                |
| NOMBRE COMPLETO: <u>Ange Lorena Patiño Perez</u>                                                                                                                                                                                             | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <u>1033781364</u> |
| FECHA DE NACIMIENTO: <u>Dia 20 Mes 10 Año 95</u>                                                                                                                                                                                             | EDAD: <u>28</u>                                |
| TELEFONO: <u>3219755803</u>                                                                                                                                                                                                                  | BARRIO: <u>San Benito</u>                      |
| DIRECCION: <u>Cll 58 a # 18 c 15 sur</u>                                                                                                                                                                                                     |                                                |
| ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                |                                                |
| ¿CUENTA CON CONTRAINDICACION MEDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       |                                                |
| INFORMACION ADICIONAL (Marque con una X)                                                                                                                                                                                                     |                                                |
| GENERO: MASC <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                 |                                                |
| ETNIA: AFRO <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/> GITANO <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                                                |
| ¿VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                            |                                                |
| ¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿CUAL? _____                                                                                                                                  |                                                |
| ¿HA TENIDO CONTACTO CON UNA PERSONA CONTAGIADA POR EL COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                    |                                                |
| ¿CUENTA CON VACUNACION COVID 19? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DOSIS: 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |                                                |
| INFORMACION FAMILIAR (EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON)                                                                                                                                                                                 |                                                |
| NOMBRE COMPLETO: <u>Gloria Patiño Perez</u>                                                                                                                                                                                                  | TELEFONO: _____                                |
| PARENTESCO: <u>Ma Ma</u>                                                                                                                                                                                                                     | TELEFONO: <u>4775767</u>                       |
| FIRMA USUARIO: <u>Ange Patiño</u>                                                                                                                                                                                                            | Nombre de profesor: _____                      |
| C.C. <u>1033781364</u>                                                                                                                                                                                                                       | FIRMA PROFESOR: _____                          |
| NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo, declaro participar de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad.                                                |                                                |