



Planilla de Inscripción Senador Juvenil

EDICION AÑO _____

ESCUELA _____
DOMICILIO _____
TELEFONO _____ e-mail: _____
LOCALIDAD _____ C.P. _____ DEPARTAMENTO _____

Senador / a Juvenil

NOMBRE Y APELLIDO _____ D.N.I. _____
DOMICILIO _____
LOCALIDAD _____ C.P. _____ DEPARTAMENTO _____
TELEFONO _____ e-mail: _____

Información adicional

¿Padece alguna enfermedad crónica? **SI** **NO** ¿Cuál?.....
¿Recibe alguna medicación? **SI** **NO** ¿Cuál?.....
¿Es alérgico/a algún medicamento? **SI** **NO** ¿Cuál?.....
¿Tiene inconvenientes con algún alimento o se encuentra desarrollando alguna dieta en particular?
SI **NO** ¿Cuál?.....
¿Padece alguna fobia? **SI** **NO** ¿Cuál?.....
¿Alguna otra observación a tener en cuenta?

GRUPO SANGUINEO: Tipo Factor

En caso de emergencia o inconveniente, comunicarse con
al número telefónico o, en su defecto, al teléfono alternativo de (en caso de ser
posible en la ciudad de Paraná) (grado de parentesco o relación)

Por la presente autorizo a mi hijo/a,a participar de la
XV Edición Provincial del Senado Juvenil Entrerriano, a desarrollarse entre los días 20 al 24 de octubre en la
ciudad de Paraná.

Firma y Aclaración del Participante

Firma y Aclaración del padre o tutor