



CONFERENCIA INTERNACIONAL
BRASIL 2010 INFANTOJUVENIL

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DELEGADO

Estimados Padres/ Tutor del delegado/a,

Por favor, leer y rellenar este documento cuidadosamente de acuerdo a las orientaciones a continuación:

1. El Formulario de Inscripción del Delegado es compuesto por cuatro páginas e incluye tres secciones: (1) Información Personal del Delegado; (2) Información de Salud y Alimentación y (3) Autorización de los Padres.
2. Por favor conteste a la información solicitada en **Español** (escriba en letras MAYÚSCULAS), firme el formulario y lo devuelva al representante de la Comisión Organizadora Nacional.
3. Por favor, asegúrese que cualquier duda habrá sido contestada por un miembro de la Comisión Organizadora Nacional antes de firmar el formulario.

Lista de verificación:

- ¿Ha usted rellenado y firmado todo el documento?
- ¿Ha usted adjuntado una foto tamaño de la del pasaporte (o 3x4cm) del niño (con el nombre escrito en la espalda)?
- ¿Ha usted adjuntado una copia de todas las prescripciones medicas del niño?



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DELEGADO

foto 3 x 4

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL DELEGADO

Fotografía del delegado

(Por favor, use un clip para colocar una foto del tamaño de la del pasaporte, aprox. 50Mm x 70 mm, con el nombre del delegado cuidadosamente escrito o impreso en el reverso.)

Apellido del delegado:			
Nombre del delegado:			
Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)		Género: () masculino () femenino	
Nacionalidad: (por favor, enumere todas las nacionalidades, si hay más de una)			
*Numero del pasaporte:	Fecha de emisión del pasaporte:	Fecha de caducidad del pasaporte:	
Documento de identificación: (número y tipo)			
Nombre del padre, de la madre o del/la tutor/a:			
Domicilio (calle, número):			
Ciudad:	Provincia/ estado:	Código Postal:	País:
Teléfono:	Teléfono móvil:	Fax:	
Correo electrónico (e-mail):			
Apodo Facebook:	Apodo Twitter:	Apodo MSN:	
Idioma Nativo:			
Conocimiento de idiomas (nivel)	Básico	Intermedio	Avanzado **
Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espanhol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Numero del pasaporte - Si el niño no tiene pasaporte, por favor verifique con la CON cómo proceder.

**Avanzado - La distribución de los talleres será realizada de acuerdo a esta información. Si usted ha marcado el nivel avanzado significa que su hijo/a puede ser asignado/a a un taller en este idioma, sin apoyo de traducción.



2. INFORMACIÓN DE SALUD Y ALIMENTACIÓN

2.1 - ¿Hay alguna comida que el niño no puede comer (por razón médica, religiosa, personal, etc.)?

() No () Sí: ¿Cuáles?

2.2 - ¿Tiene el delegado algún tipo de alergia (por ejemplo de comida, picaduras de insectos, medicamentos, etc.)?

() No () Sí: ¿Cuáles?

2.3 - ¿Actualmente está tomando medicaciones?

() No () Sí: ¿Cuáles? (Por favor, adjunte las copias de las recetas médicas)

2.4 - ¿Tiene antecedentes de cirugías y hospitalizaciones? En caso afirmativo, cuáles?

2.5 - Informe si su hijo/a presenta algún problema crónico de salud. (por ejemplo asma, diabetes, epilepsia, presión arterial alta/baja, propensión a migrañas/ mareo/ desmayos, depresión/ ansiedad) - (por favor, adjunte la evaluación médica sobre la condición de salud del niño)

2.6 - ¿Recibe tratamiento o terapia regular? En caso afirmativo, cuál? (Por favor, adjunte las prescripciones médicas con orientaciones y tratamientos del niño)

2.7 - La vacuna contra la Fiebre Amarilla, cuya validez es de 10 años, se recomienda para entrar en Brasil y hay que tomarla 10 días antes de la salida. ¿Ha su hijo tomado esta vacuna?

() No () Sí: ¿Cuándo?

2.8 - ¿Su niño tiene necesidades especiales (discapacidad física o mental)?

() No () Sí: ¿Cuáles? – (Por favor, adjunte las prescripciones médicas con orientaciones y tratamientos del niño).

2.9 - En caso afirmativo, ¿el niño requiere cuidados especiales (adulto acompañante especial – por ejemplo, intérprete de lenguaje de signos) **o recursos especiales** (documentos en braille, documentos en formato digital, documentos impresos con fuentes grandes, etc.) **durante la conferencia?**

() No () Sí: ¿Cuáles? (este cuidado especial debe estar incluido en la prescripción médico en que se menciona la discapacidad)

**3. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES**

Mediante este documento, manifiesto estar de acuerdo al siguiente:

Consentimiento de participación

Autorizo mi hijo _____ (NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO), a viajar a Brasilia, Brasil, y participar en todas las actividades de la Conferencia Internacional Infanto-Juvenil Cuidemos el Planeta (5 a 10 de junio de 2010). Por la presente, doy testimonio de que mi hijo está plenamente consciente de los procedimientos de la Conferencia Internacional, incluyendo el programa, las actividades, además de los derechos y responsabilidades que se esperan de él/ella durante el evento.

Autorización del adulto acompañante

Autorizo el/la Sr. / Sra. _____ (NOMBRE DEL ADULTO ACOMPAÑANTE, A SER RELLENADO POR LA CON), titular del número de pasaporte* _____ para ser el acompañante de mi hijo. Esta persona será su responsable legal durante todo el viaje y tendrá la responsabilidad por la seguridad de mi hijo y por su bienestar durante el tiempo fuera de casa. Autorizo a esta persona a tomar decisiones relativas a cualquier emergencia relacionada con mi hijo que pueda ocurrir durante el viaje a Brasil.

* Si el adulto acompañante aún no tiene pasaporte, por favor indique otro número de identificación nacional y el tipo de documento.

Consentimiento de natación

Marque según corresponda:

Declaro de que mi hijo sabe nadar y le autorizo a participar de las actividades de natación durante el evento.

NO autorizo mi hijo a participar en ninguna actividad de natación.

Consentimiento de tratamiento médico

Soy consciente de que la Comisión Ejecutiva ofrece seguro médico completo durante el evento y estoy de acuerdo con que mi hijo reciba tratamiento de emergencia dental, médico o quirúrgico según se considere necesario por parte de las autoridades médicas presentes en el evento. Voy a enviar copias de todas las prescripciones médicas y las medicinas que deben/ pueden ser tomadas por mi hijo durante el evento y autorizo al adulto acompañante para administrar su uso correcto.

Consentimiento de uso de imagen

Autorizo el registro y uso gratuito de imágenes y todo tipo de material audiovisual de mi hijo durante la Conferencia Internacional, mientras esta información sea usada exclusivamente para fines educativos, sin ningún uso económico ni comercial.

Derechos del autor

Reconozco que cualquier idea expresada por mi hijo durante la Conferencia Internacional representa el resultado de una construcción colectiva y no será sujeta a regulaciones de derechos de propiedad nacionales o internacionales. Autorizo la reproducción, distribución y difusión de todos el material (por ejemplo, dibujos, videos, textos, esculturas, gráficos, etc.) producidos por mi hijo solo o con otros colegas como parte de los talleres u otras actividades de la Conferencia.

Consentimiento de hospedaje

Autorizo el hospedaje de mi hijo en el Centro de Entrenamiento Educacional de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Industria (Centro de Treinamento Educacional da Confederação dos Trabalhadores da Indústria) ubicado la BR 040 km 9,5 - Posto Ype, Setor de Chacararas Marajoara, s/n, Fazenda Taveira, Ciudad de Luziania - GO, Código Postal: 72800-000, la sede oficial de la Conferencia Internacional. En este lugar, el delegado recibirá, sin cargo alguno, todas las comidas y el alojamiento. Conuerdo en mi hijo/a compartir la habitación con otros delegados que participan de evento, separados por género.

Firma

Nombre completo del padre/ tutor

Documento de identificación (número y tipo)

Lugar/ Fecha (DD/MM/AAAA)