



Juventud Masculina de Schoenstatt Retiro Testimonios de Vida 2015 Autorización – Inscripción

1. Datos del asistente al Retiro (por favor letra de imprenta)

C.I.	Apellido	Nombre	F. nacimiento
Nombre del padrino que lo invitó al retiro		Colegio	Año que cursa
Línea Baja	Teléfono Celular	Correo electrónico	

2. Datos de padres o tutores legales (por favor letra de imprenta)

C.I.	Apellido	Nombre	
Dirección		Ciudad	Parentesco
Línea Baja	Teléfono Celular	Correo electrónico	

C.I.	Apellido	Nombre	
Dirección		Ciudad	Parentesco
Línea Baja	Teléfono Celular	Correo electrónico	

3. Autorización

Como padres y/o tutores legales del menor de edad, autorizamos su asistencia al retiro Testimonios de Vida 2015, a realizarse del 1 al 3 de mayo de 2015 en el Santuario de Schoenstatt de Tuparendá, ruta 2 km. 34,5, Itaiguá.

Asimismo autorizamos a los colaboradores en la organización y realización del retiro a tomar las medidas que crean convenientes en materia de seguridad, salud y sobre todo aquello que haga al normal desarrollo del mismo.

Dejamos constancia que el menor a nuestro cargo, concurre al retiro por propia voluntad y con nuestro consentimiento; por lo que liberamos de toda responsabilidad civil y/o penal a las personas que “ad honorem” colaboran en la organización del mismo como así también al Instituto de los Padres de Schoenstatt que prestan todo el apoyo logístico para tal fin.

Esta autorización incluye la potestad del equipo responsable del retiro para retornar a nuestro hijo de regreso a su hogar, en cualquier momento y vía transportación pública, en caso de que el equipo determine que el comportamiento de nuestro hijo lesiona el bienestar propio o del grupo, pone en peligro la actividad o a cualquiera de sus participantes.

_____, ____ de _____ de 2015

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración



Juventud Masculina de Schoenstatt Retiro Testimonios de Vida 2015 Ficha Médica

1. Datos personales (repetir)

C.I.	Apellido	Nombre
------	----------	--------

2. Enfermedades o tratamientos especiales

Por favor indicar cualquier enfermedad o dolencia que sea importante que la organización conozca, también si está recibiendo actualmente algún tratamiento especial.

3. Otros Datos

	G. Sanguíneo	¿Está tomando algún medicamento?
¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?		
Nombre y número del Seguro Médico (si posee)		
Notas		