IGLESIA PENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ADULTOS**

**Distrito No.: [numero\_districto] Congregación: [congregacion]**

**Evento de carácter cristiano y no formal “([Nombre\_del\_Evento])”.**

(Ciudad) [ciudad], [dia] de [mes] del 20[anno]

Por medio del presente escrito y en calidad de participante voluntario, declaro que he leído y acepto las políticas de seguridad del evento y que eximo de toda responsabilidad por cualquier situación no prevista o accidente que llegare a presentarse durante el traslado y desarrollo del evento y sus consecuencias a la Iglesia Pentecostal Unida de Colombia, los organizadores del evento y sus representantes legales.

# DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre [nombres] Apellidos [apellidos]

Sexo Femenino [Femenino] Masculino [masculino] Edad [edad] años. Fecha de nacimiento (día, mes, año) [fecha\_nacimiento] \_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad [documento\_identidad] \_\_

Dirección [direccion]

Teléfono fijo: \_\_[tel\_fijo]\_\_\_\_\_ Cel: \_[cel]\_\_\_\_\_ E-mail: [email]

**Datos Pariente del participante (Contacto):**

Nombre: \_\_\_[nombre\_pariente]\_\_\_\_\_\_ Apellidos: [app\_pari]

Teléfono fijo: [tel\_fijo\_pariente] Cel: [cel\_pariente] E-mail: [email\_pariente]

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL PARTICIPANTE:**

Tipo de Servicio de Atención en Salud: [tp\_salud]

EPS [eps] SISBEN [sisben] MEDICINA PREPAGADA [pre\_pg] NINGUNA [salud\_nn]

Entidad: [entidad\_salud]

Dirección: [direcc\_entt]

Tipo de Sangre: [tipo\_sangre] Alergias (tipo de sustancias): [alergias]

# Para constancia se firma en el Municipio de [municipio\_firma] , por el participante.

**Firma: [firma-img]**

Dirección y teléfono de la congregación y/o sede distrital a la que corresponde la congregación