

*FICHA DE INSCRIPCIÓN*

XVI Modelo de Naciones Unidas de Mendoza

2013

LOCALIDAD

Autorizo a mi hijo/a ………………………………........................... a participar del VIII Modelo Junior de Naciones Unidas de Mendoza organizado por la Organización Argentina de Jóvenes para las Naciones unidas (OAJNU), a realizarse los días 7, 8 y 9 de Julio de 2012 en el Colegio I.C.E.I., General Paz 531,Ciudad de Mendoza, Mendoza.

Los alumnos participantes intervendrán en talleres donde se utilizarán técnicas de debate, de negociación, relaciones internacionales y procedimiento parlamentario.

Por la presente me informo de la existencia de un servicio de Emergencias Médicas especialmente previsto para cualquier eventualidad.

El almuerzo no será responsabilidad de los organizadores; los participantes disponen de un horario libre de actividad para ello.

La OAJNU no se responsabilizará por pérdidas o daños sobre los objetos personales de los participantes.

(Lugar y fecha)……………………………………….. , …………. de ………………………………. de 2012.

Firma Aclaración DNI Firma Director Sello Colegio

**AUTORIZACIÓN**

COLEGIO AL QUE ASISTE

AÑO

Delegado ante la Asamblea General “A” (1 delegado)

CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA DELEGACIÓN

Cod.:

DELEGACIÓN QUE REPRESENTA

NO

SI

¿Deseas que tu dirección de e-mail sea incluida en un directorio de direcciones?

C.P.:

DOMICILIO

TEL.:

FECHA NAC.

D.N.I.

*DATOS PERSONALES*

APELLIDO

NOMBRE



Delegado ante la Asamblea General “B” (1 delegado)

Embajador (1 delegado)

Delegado ante el Consejo de Seguridad (en caso de estar representado en este órgano) (2 delegados)

E-MAIL

*DATOS PERSONALES*

(Marcar con **negrita** la respuesta correcta) D.N.I.:

Grupo Sanguíneo: Factor RH:

¿Padece alguna enfermedad crónica? SÍ NO

Especificar:

¿Está tomando algún medicamente en la actualidad? SÍ NO

Especificar:

¿Presenta problemas respiratorios? SÍ NO

¿Se encuentra en tratamiento actualmente? SÍ NO

Especificar:

¿Presentó en alguna ocasión problemas psicológicos? SÍ NO

Especificar:

¿Presenta alguna enfermedad infecciosa? SÍ NO

Especificar:

Operaciones que se les han practicado:

¿Padece alguna alergia? SÍ NO

Especificar:

En caso de Urgencia llamar a:

TELÉFONO: CELULAR:

Nombre y apellido de su Médico (opcional):

Tel. de día: Tel. de noche:

OBRA SOCIAL O SEGURO MÉDICO:

N° DE AFILIADO:

TEL.:

¿Asistencia Privada? SÍ NO

CENTRO MÉDICO AL CUAL DEBE SER DERIVADO EN CASO DE URGENCIA:

*FICHA DE SALUD*

XVI Modelo de Naciones Unidas de Mendoza

2013