**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**Nombres y apellidos (completos):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** **DD**\_\_\_/ **MM**\_\_\_\_/**AA**\_\_\_\_\_ **Cédula o pasaporte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección domiciliaria (barrio): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parroquia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nivel de ingresos del núcleo familiar:**

No cuenta con ingresos

$669 - $1104

$1105 en adelante

$397 - $668

$155 - $394

$0 - $154

LGBTIQ+:

**Género:**

MASCULINO:

FEMENINO:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 ¡ ¡

Afrodescendiente:

Indígena:

Montubia/o:

Blanca/o:

Mestiza/o:

Otro:

**Auto identificación étnica:**

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intelectual:

Física:

Sensorial:

Psicosocial:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Discapacidad:**

SÍ:

NO:

¿Cuál?:

**Taller/es al que se inscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre de representante (en caso de menores de edad): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermedades importantes o medicamentos que toma (estos datos serán usados solo en caso de emergencia): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Exención de responsabilidad.**

Declaro que entiendo los inevitables riesgos que las actividades comprenden, los asumo y desligo de toda responsabilidad a la Alcaldía Metropolitana de Quito, de modo que renuncio en forma general y particular a todas las acciones que pudieran corresponder por accidentes ocurridos durante la participación en dichas actividades.

Autorizo el uso de mis imágenes y las de los menores de edad a los que represento, relacionadas con las actividades a desarrollarse, sin derecho a pago alguno. Las mismas podrán ser publicadas en cualquier medio de comunicación del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

SI No

Firma beneficiaria/o Representante

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de registro: |  |
| Registrado por (nombre y apellido): |  |