Carta Responsiva y Registro del Participante

He leído y comprendo el contenido en al frente y reverso de esta forma, sus reglas, instrucciones y recomendaciones

If you want a format in English request it.

FECHA: dd mm 2018

Actividad: **Bicicleta ( ),** **Cuatrimoto ( ),** **Rappel ( ),** **V.Todo Terreno ( ),** **Globo ( ),** **Caballos ( ),** **Caminata ( ),** **Otros______________________________**

Favor de llenar el formulario con letra clara y mayúscula – Todos los campos son obligatorios.

Registro 1

E-MAIL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

En caso de menor de edad este formato debe ser llenado y firmada por el padre o tutor.

Nombre Completo: ____ ☐ Menor de edad

Dirección: ____________________________________ Tel: ________________

Fecha Nacimiento. ________/________/________ **Nacionalidad** (estado)____________________

Padecimiento físicos: __**NO**___**SI** Cual: ______________Medicina: __________________Dosis:____________________

Cuenta con Dr. familiar__**NO**___**SI** Nombre:___________________________________Telefono:____________________

Tipo de Sangre: _____RH______ Alergias a medicamentos: ______________________ En caso de accidente comunicarse con:

Opción 1:__________________________Direccion:_________________________________Tel:________________________

Opción 2:__________________________Direccion:_________________________________Tel:________________________

La información proporcionada en este registro es verdadera y he recibido la plática de orientación correspondiente,	F I R M A ☐ Tutor

Registro 2.

E-MAIL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

En caso de menor de edad este formato debe ser llenado y firmado por el padre o tutor

Nombre Completo: ____ ☐ Menor de edad

Dirección: ____________________________________ Tel: ________________

Fecha Nacimiento. ________/________/________ **Nacionalidad** (estado) ____________________

Padecimiento físicos: __**NO**___**SI** Cual: ______________Medicina: __________________Dosis:____________________

Cuenta con Dr. familiar__**NO**___**SI** Nombre:___________________________________Telefono:____________________

Tipo de Sangre: _____RH______ Alergias a medicamentos: ______________________ En caso de accidente comunicarse con:

Opción 1:__________________________Direccion:_________________________________Tel:________________________

Opción 2:__________________________Direccion:_________________________________Tel:________________________

La información proporcionada en este registro es verdadera y he recibido la plática de orientación correspondiente,	F I R M A ☐ Tutor

MKT

¿Por cuál medio te enteraste de nosotros?

Periódico / Revista _______ Redes Sociales _______ Tripadvisor______ Sitio WEB ______ Hotel ________ Recomendación ______

Hospedaje de procedencia ____

¿Han asistido a otra ruta o evento con **Turismo Alternativo En Guanajuato?** NO ( ) SI ( )

A cuál(s)__________________________ Cuándo____

¡¡¡ MUCHAS GRACIAS!!!

Política de Privacidad disponible en nuestro sitio web.

Tenería # 23 Marfil, Guanajuato Gto CP. 36251

OFICINA (473) **732 2591** *CELULAR/WHATSAPP* (477) **147 9581**

contacto@turismoalternativoenguanajuato.com www.turismoalternativoenguanajuato.com