



Hoja de registro

Fecha: ____/____/20__.

Datos generales:

Nombre: _____ Edad: _____

CURP _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Padre o tutor: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

En caso de emergencia (autorizado) _____

¿Alérgico o alguna enfermedad? Sí ____ No ____

¿Que tipo de enfermedad? _____

Datos del Medico _____

Taller o servicio que requiere: _____

Maestro: _____

Días: _____ Horario: _____

Nombre y Firma del Interesado

Otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías como evidencia de las actividades desarrolladas, así mismo de la difusión en la página oficial del DIF PUERTO VALLARTA.

- El derecho a la información pública y la protección de datos personales será garantizado por el Estado en los términos de lo que establecen la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, y las leyes en la materia.
- El Organismo público descentralizado denominado Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del municipio de Puerto Vallarta, Jalisco, se deslinda de cualquier responsabilidad legal, civil y/o administrativa a la que haya lugar en el supuesto de que al momento de realizar las actividades correspondes al taller de su elección, las niñas, niños y/o adolescentes les ocurra algún tipo de accidente, así mismo en el supuesto del robo y/o extravió de las pertenencias con las que ingresan al Centro.