

Fecha: _____

Nº de afiliación:

(No completar)

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombres _____
Dirección _____ Entre _____
Teléfono _____ E-mail _____ Celular _____
Localidad _____ Cód. Postal _____ Ciudad _____
Fecha Nac _____ C.I _____

TRAYECTORIA

Ingresas al escultismo por : (marque con una X lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Interés de los padres | <input type="checkbox"/> Deseo personal | <input type="checkbox"/> Invitado por un amigo |
| <input type="checkbox"/> Consejo de un docente | <input type="checkbox"/> Consejo del médico | <input type="checkbox"/> Consejo del psicólogo |

Grupo de Ingreso al Escultismo: _____ Fecha _____

Observaciones _____

Grupo Scout actual _____ Fecha de ingreso _____

Rama / Unidad _____ Adelanto / Formación _____

AUTORIZACIÓN

Sres. de la Comisión Directiva de SDU:

Por este medio solicito a Uds. el ingreso como afiliado a la Asociación Civil "Scouts de Uruguay" y declaro conocer y respetar los Principios, Normas y Reglamentos de la Institución.

Firma padre/madre/tutor
(si es menor de edad)

Firma Interesado