



# PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Curso \_\_\_\_\_  
Horario \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
C. C. \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Lugar Nac. \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Barrio \_\_\_\_\_ Estrato \_\_\_\_\_ Telf. Fijo \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Profesión u Oficio \_\_\_\_\_ Talla Camibuso \_\_\_\_\_  
Correo \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_  
Posee EPS  SI  NO Cuál \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Alergias y Enfermedades Actuales \_\_\_\_\_ Nivel Estudio \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia / Cel. \_\_\_\_\_

## EN CASO DE MENORES DE EDAD

Nombre y Apellido del representante legal \_\_\_\_\_  
C. C. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por medio de la presente, libero de toda responsabilidad a la **Academia Internacional de Profesionales**, por accidentes, lesiones o enfermedades de cualquier índole que se produzca a mi persona o a mi representado, durante las actividades ordinarias, en clases, practicas, salidas a campo y cualquier otra, que sea producto del azar, de elementos del ambiente, la imprudencia y desacato de las normas, reglas y comportamientos establecidos, así como a mi estado de salud previo.

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ C. C. \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

### REQUISITOS:

#### Mayores de edad:

- Copia Documento de Identidad ampliado al 150%
- Certificado EPS ó Sisben activo
- 1 foto carnet

#### Menores de edad:

- Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento
- Copia del Documento de Identidad ampliado al 150% del representante
- Certificado EPS ó Sisben active
- 01 foto carnet



### Sede Principal:

AV. 5A NORTE # 23DN – 53, EDF. TOP CENTER BUSINESS  
PISO 3, FRENTE A PASARELA / Cali – Valle del Cauca  
OFICINA: 310 223 04 04 / 315 8180880