



FORMATO DE INSCRIPCIÓN A LOS CENTROS CULTURALES

Aviso de Privacidad

La Secretaría de la Cultura y las Artes del Estado de Yucatán, con domicilio en la calle 18, número 204 por 23 y 25 de la Colonia García Ginerés, C.P. 97070, Mérida, Yucatán, utilizará sus datos personales recabados para: realizar los trámites administrativos de matriculación y registro de alumnado, aplicación de reducciones a cuotas cuando proceda, integración de grupos, seguimiento, calificación, establecer contacto para coordinar actividades relacionadas con el curso o taller, establecer contacto y buscar atención en caso de accidentes o emergencias de los alumnos, y elaboración de informes estadísticos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral, en la página www.cultura.yucatan.gob.mx

Nombre completo del (la) alumno (a)					
No. Teléfono Local		No. Celular		Correo electrónico	
¿Tiene WhatsApp?		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Está de acuerdo en que se envíe información relacionada a los talleres vía WhatsApp?	
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Domicilio		Calle	Número	Cruzamientos	C.P.
Colonia			Localidad		Municipio
Edad	Fecha de nacimiento	Género	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	¿Habla Maya?
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____				
Lugar de nacimiento	País:		Entidad:		Municipio:
¿Cómo se enteró de los talleres que se imparten en los centros culturales?		Redes sociales <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
¿Tiene alguna condición médica especial?		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
¿Tiene algún tipo de discapacidad?		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
¿Cómo atender su condición médica especial en caso necesario?					
En caso de emergencia llamar a: <i>(agregar dos contactos)</i>	Nombre			Parentesco	Teléfono
¿Padece algún tipo de alergia?		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
Sistema de salud	IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
Número de afiliación o póliza			Tipo sanguíneo		
Marque con una X el apartado correspondiente si tiene dificultad para:					



Caminar o moverse, subir o bajar	<input type="checkbox"/>	Ver (aun usando lentes)	<input type="checkbox"/>	Hablar, comunicarse o conversar	<input type="checkbox"/>
Escuchar (aun con aparato auditivo)	<input type="checkbox"/>	Atender el cuidado personal (vestirse, bañarse o comer)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene alguna limitación mental	<input type="checkbox"/>	Poner atención o aprender cosas sencillas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar otra dificultad:	<input type="text"/>				

Hago constar que los datos registrados en esta ficha de inscripción son verdaderos:

Firma de la persona que se inscribe

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO CULTURAL

Nuevo Ingreso

Reinscripción

ID asignado (clave de 3 letras más folio de 4 dígitos)

Talleres a los que se inscribe el alumno	Código del taller

Fecha de inscripción
(día/mes/año)

Tipo de descuento otorgado