|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS PERSONALES | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **1. Fotografía** | | **02. Apellidos y Nombres** | | | | | | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | |
| **03. Documento de identidad** | | | | **04. Fecha y Lugar de expedición** | | | | |
| Escriba el número | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| **5. Fecha y Lugar de Nacimiento** | | | | | | | **6. Sexo** | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |  | |
| **7. Edad** | | **8. Estatura** | |  | | | | |
|  | | En números | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| **10. Dirección de residencia** | | | | | | | | **11. Teléfono residencia** | | |
|  | | | | | | | |  | | |
| **12. Ciudad** | | | **13. Colegio** | | | | | | | **14. Grado** |
|  | | |  | | | | | | |  |
| **15. Grupo sanguíneo** | **16. RH** | | | | **17. Sufre alguna enfermedad (En caso afirmativo indique cual)** | | | | | |
| O | Seleccione. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| **18. Toma algún medicamento (En caso afirmativo indique cual)** | | | | | | | **19. EPS** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |  | | | |
| **20. Sufre alergia a algún medicamento o alimento (En caso afirmativo indique a que)** | | | | | | |  | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS FAMILIARES | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **20. Apellidos y Nombres del Padre** | | **21. Vive** | **22. Militar** | | **23.Activo** | | **24. Grado** | | **25. Fuerza** |
|  | | Elija un elemento. | Elija un elemento. | | Elija un elemento. | |  | | Elija un elemento. |
| **26. Cargo Actual** | | **27. Fecha de Retiro** | | | | **28. Motivo** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| **29. Empresa en la cual labora** | | **30. Cargo actual** | | | | **31. Profesión** | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| **32. Dirección de domicilio** | **33. Ciudad** | | | **34. Teléfono Fijo y Celular** | | | | **35. Correo Electrónico** | |
|  |  | | |  | | | |  | |
| **36. Apellidos y Nombres de la madre** | | **37. Vive** | **38. Militar** | | **39.Activo** | | **40. Grado** | | **41. Fuerza** |
|  | | **SI** | **NO** | | **NO** | |  | |  |
| **42. Cargo Actual** | | **43. Fecha de Retiro** | | | | **44. Motivo** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| **45. Empresa en la cual labora** | | **46. Cargo actual** | | | | **47. Profesión** | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| **48. Dirección de domicilio** | **49. Ciudad** | | | **50. Teléfono Fijo y Celular** | | | | **51. Correo Electrónico** | |
|  |  | | |  | | | |  | |

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES (menores de edad)

Nosotros Nombre y Apellido completo del Padre. Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de manera voluntaria autorizamos a nuestro hijo el (la) joven\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía y/o tarjeta de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo nuestra responsabilidad, para participar en las actividades dispuestas dentro del programa “Marino por una semana” a desarrollarse en las instalaciones de la Escuela Naval de Suboficiales ARC “Barranquilla” y de la Armada de Colombia, del 12 al 18 de abril de 2025, como también el uso de imagen en las diferentes publicaciones que realice la institución; así mismo exoneramos a la Escuela Naval de Suboficiales “ARC BARRANQUILLA” de cualquier reclamación que se pueda generar durante o después de este tiempo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre y Firma del Padre |  | Nombre y Firma de la Madre |
| C.C. |  | C.C. |

AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , manifiesto que acepto de manera voluntaria participar en las actividades dispuestas dentro del programa “Marino por una semana” a desarrollarse en las instalaciones de la Escuela Naval de Suboficiales “ARC BARRANQUILLA” y de la Armada Colombia del 12 al 18 de abril de 2025, como también el uso de imagen en las diferentes publicaciones que realice la institución; así mismo exonero a la Escuela Naval de Suboficiales “ARC BARRANQUILLA” de cualquier reclamación que se pueda generar durante o después de este tiempo.

|  |
| --- |
|  |
| Nombre y Firma del Aspirante al Programa  “Marino por una semana” |
|  |

COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del documento de identificación del padre y madre del joven. |

COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL JOVEN

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del documento de identificación del joven que participará en el programa de “Marino por una semana” al 150% |

COPIA DEL CERTIFICADO DE ESTADO DE SALUD O EXAMEN MÉDICO, TRAMITADO POR SU EPS O MEDICO PARTICULAR.

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del Certificado de Salud del joven que participará en el programa  “Marino por una semana”. |

COPIA DEL CARNET DE LA EPS O MEDICINA PREPAGADA CON COBERTURA EN BARRANQUILLA

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del carnet de la EPS o medicina prepagada con cobertura en Barranquilla, del joven que participará en el programa “Marino por una Semana”. |

COPIA CARNET DE VACUNACIÓN PEDIDAS EN LOS REQUISITOS

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del carnet de vacunación del COVID-19 con el esquema completo (mínimo 02 dosis), Varicela e influenza del joven que participará en el programa “Marino por una semana”. |

Si es hijo de algún funcionario de las Fuerzas Militares (Militar o Civil a nomina)

Anexe Certificaco Nucleo Familiar Expedido por la DIVISIÓN HOJAS DE VIDA ARMADA NACIONAL

(WEB SIATH)