

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES QUE PARTICIPAN EN CECREA Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO NO COMERCIAL DE FOTOGRAFÍAS Y/O REGISTRO DE IMÁGENES

Esta ficha debe ser llenada por un adulto responsable.

NOMBRE FACILITADOR A CARGO DE LA FICHA			
FECHA DE LA INSCRIPCIÓN:		NOMBRE ACTIVIDAD CECREA	

1. Datos de quien llena la ficha.

Nombre:			
RUT		TELEFONO	
¿Qué relación tiene con el niño, niña o joven que participa en CECREA?			
Madre/Padre ___ Hermano/a ___ Tío/a ___ Abuelo/a ___ Madrastra/Padrastra ___ Otro/a familiar cual ___			

2. Datos de la niña, el niño o joven.

Nombre			
Rut		Fecha de nacimiento	
Género (marcar x)	Masculino ___ Femenino ___ No quiero responder ___ Otro (Sin especificar) ___		
Nacionalidad	Chileno/a ___ Otra ___ ¿Cuál? _____		

AUTORIZACIÓN PARA EL USO NO COMERCIAL DE FOTOGRAFÍAS Y/O REGISTRO DE IMÁGENES

Al firmar este formulario, concedo al **Ministerio de la Culturas, las Artes y el Patrimonio**, el derecho a reproducir, exhibir y diseminar mundialmente y perpetuamente, en cualquier formato de medios tradicionales o electrónicos, mi imagen en las fotografías y/o registro audiovisual para video, descritas abajo, las cuales son propiedad del Ministerio, con el fin de promover la tolerancia, creatividad y los derechos de niños, niñas y jóvenes.

SI ES MENOR DE 18 AÑOS:

Confirmando que soy el tutor legal del niño/a mencionado arriba y concedo el permiso para reproducir su imagen, estas imágenes representan la realidad y fueron tomadas con mi conocimiento y acuerdo.

Nombre completo y RUT del Pariente o Tutor Legal

Relación con el Niño/a	Fecha	Firma del Tutor
------------------------	-------	-----------------

OTROS ANTECEDENTES DE LA NIÑA, EL NIÑO O JOVEN

¿Pertenece a pueblo indígena?	Sí ___ cuál ___ No ___ No sabe/No responde ___
¿Es afrodescendiente?	Sí ___ No ___ No sabe/ No responde ___
Domicilio	
Comuna	Región
Teléfono	Correo electrónico
Estab. Educacional	Curso actual
Dependencia	Municipal ___ Part. Subv. ___ Part. pagado ___ Admin. delegada ___
Presenta discapacidad	Sí ___ No ___
Si la respuesta anterior es sí, indique cuál es el origen de la discapacidad	
___ Físico ___ Intelectual ___ Psiquiátrica ___ Visual ___ Auditivo ___ Origen congénito	
¿Tiene seguro médico?	Sí ___ No ___ En caso de responder sí, cuál: _____
En caso de emergencia se autoriza llevar al o a los siguiente establecimientos hospitalarios	

3. Datos del adulto responsable

Nombre			
Rut		Fecha de nacimiento	
Teléfono		Correo electrónico	
Género (marcar x)	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No quiero responder <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Nacionalidad	Chileno/a <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Pertenece a pueblo indígena?	Sí <input type="checkbox"/> cuál _____ No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde _____		
¿Es afrodescendiente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/ No responde _____		
¿Qué relación tiene con el niño, niña o joven que participa en CECREA?			
Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Otro/a familiar indicar cual _____			
¿Cuál es el nivel educacional más alto completado? (Marcar con X)			
<input type="checkbox"/> Nunca asistió <input type="checkbox"/> Sala cuna/ Jardín Infantil <input type="checkbox"/> Pre-kínder/Kínder <input type="checkbox"/> Educación Especial (Diferencial) <input type="checkbox"/> Básica o primaria <input type="checkbox"/> Educación Media Científico Humanista <input type="checkbox"/> Educación Media Técnico Profesional <input type="checkbox"/> Técnico nivel superior <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado			

4. Antecedentes motivacionales

¿Cómo te enteraste de CECREA?	
<input type="checkbox"/> A través de un amig@/compañer@	<input type="checkbox"/> A través de mi colegio/profesores
<input type="checkbox"/> A través de mi familia	<input type="checkbox"/> Por cercanía o iba pasando por el lugar donde está
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación tradicional (radio, televisión, periódicos/revistas impresas)	
<input type="checkbox"/> A través de internet (página web/boletín informativo/redes sociales)	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No responde	<input type="checkbox"/> Otro
¿Qué te atrae de CECREA?	
¿En cuál o cuáles de estas actividades CECREA te interesa participar?	
<input type="checkbox"/> Laboratorio Creativo	<input type="checkbox"/> Laboratorio de Maestría <input type="checkbox"/> Laboratorio de Comunicaciones
<input type="checkbox"/> Proyectos y actividades con mis amig@s	
<input type="checkbox"/> Ninguna en particular	<input type="checkbox"/> No sabe/ No responde <input type="checkbox"/> Otra
En tu colegio, ¿participas en alguna de las siguientes actividades? (Selecciona todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Deportiva	<input type="checkbox"/> Religiosa
<input type="checkbox"/> Artística	<input type="checkbox"/> Científica
<input type="checkbox"/> Mediomambiental	<input type="checkbox"/> Asociativa (Scouts) <input type="checkbox"/> Otros
En tu casa, ¿realizas alguna de las siguientes actividades? (Selecciona todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Deportiva	<input type="checkbox"/> Religiosa
<input type="checkbox"/> Artística	<input type="checkbox"/> Científica
<input type="checkbox"/> Mediomambiental	<input type="checkbox"/> Asociativa (Scouts) <input type="checkbox"/> Otros
En otra institución o lugar (que no sea la casa o el colegio), ¿realizas alguna de las siguientes actividades? (Selecciona todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Deportiva	<input type="checkbox"/> Religiosa
<input type="checkbox"/> Artística	<input type="checkbox"/> Científica
<input type="checkbox"/> Mediomambiental	<input type="checkbox"/> Asociativa (Scouts) <input type="checkbox"/> Otros
¿Cuál es o será la primera actividad de CECREA en la que participas o participarás?	
<input type="checkbox"/> Laboratorio Creativo	<input type="checkbox"/> Laboratorio de Maestría <input type="checkbox"/> Laboratorio de Comunicaciones
<input type="checkbox"/> Proyectos y actividades con mis amig@s	
<input type="checkbox"/> Ninguna en particular	<input type="checkbox"/> No sabe/ No responde <input type="checkbox"/> Otra
¿Has asistido a una experiencia artística (concierto, cine, etc.) en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has asistido a una experiencia científica (feria científica, planetario etc.) en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has asistido a una experiencia deportiva (estadio, torneo, etc.) en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No