|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | | | | | | | Elija un elemento. | |
| **7. Edad** | | **8. Estatura** | | **9. Correo Electrónico contacto:** | | | | |
| En números. | | En números | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| **10. Dirección de residencia** | | | | | | | | **11. Teléfono celular y/o fijo contacto** | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | Escriba el número. | | |
| **12. Ciudad** | | | **13. Colegio** | | | | | | | **14. Grado** |
| Escribir texto. | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | En números. |
| **15. Grupo sanguíneo** | **16. RH** | | | | **17. Sufre alguna enfermedad (En caso afirmativo indique cual)** | | | | | |
| Seleccione. | Seleccione. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
| **18. Toma algún medicamento (En caso afirmativo indique cual)** | | | | | | | **19. EPS** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| **20. Sufre alguna alergia (En caso afirmativo indique a que)** | | | | | | | **21. En que clínica atiende su EPS en Cartagena** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| **22. En caso de algún accidente indique la dirección completa de la clínica que atiende su EPS en Cartagena**  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS FAMILIARES | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **20. Apellidos y Nombres del Padre** | | **21. Vive** | **22. Militar** | | **23.Activo** | | **24. Grado** | | **25. Fuerza** |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | Elija un elemento. | Elija un elemento. | | Elija un elemento. | | Escriba la sigla. | | 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** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| **32. Dirección de domicilio** | **33. Ciudad** | | | **34. Teléfono Fijo y Celular** | | | | **35. Correo Electrónico** | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **36. Apellidos y Nombres de la madre** | | **37. Vive** | **38. Militar** | | **39.Activo** | | **40. Grado** | | **41. Fuerza** |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | Elija un elemento. | Elija un elemento. | | Elija un elemento. | | Escriba la sigla. | | Elija un elemento. |
| **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** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| **48. Dirección de domicilio** | **49. Ciudad** | | | **50. Teléfono Fijo y Celular** | | | | **51. Correo Electrónico** | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | |

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Nosotros Nombre y Apellido completo del Padre. Identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ , y Nombre y Apellido completo de la Madre identificada con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de manera voluntaria autorizamos a nuestro hijo (a) identificado(a) con cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de Ciudad de expedición bajo nuestra responsabilidad, para participar en las actividades dispuestas dentro del programa “Cadete Naval por una semana” a desarrollarse en las instalaciones de la Escuela Naval de Cadetes “Almirante Padilla” y de la Armada Nacional del 4 al 10 de octubre de 2025, así mismo exoneramos a la Escuela Naval de Cadetes “Almirante Padilla” 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. |

COPIA DEL COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del comprobante de inscripción. |

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 (AMBOS LADOS)

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del documento de identificación (ambos lados) del joven que participará en el programa de “Cadete Naval por una semana”. |

COPIA DEL CERTIFICADO DE ESTADO DE SALUD O CERTIFICADO MÉDICO, TRAMITADO POR SU EPS O MEDICO PARTICULAR, NO MAYOR A 30 DÍAS.

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del Certificado de Salud del joven que participará en el programa de “Cadete por una semana”, no mayor a 30 días. |

COPIA DEL CARNET O CERTIFICADO DE AFILIACIÓN DE LA EPS O PREPAGADA CON COBERTURA EN CARTAGENA

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del carnet o certificado de afiliación de la EPS o medicina prepagada con cobertura en Cartagena, del joven que participará en el programa de “Cadete Naval por una semana”. |

COPIA DEL CARNET O CERTIFICADO DEL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD; DONDE SE EVIDENCIEN LAS VACUNAS: VARICELA, TRIPLE VIRAL, HEPATITIS A Y B, FIEBRE AMARILLA Y TÉTANO

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del certificado o carnet de vacunación esquema completo de vacunación según edad, donde se evidencien las vacunas: **Varicela, Triple Viral, Hepatitis A y B, Fiebre Amarilla y Tétano,** del joven que participará en el programa de “Cadete Naval por una semana”, si este espacio no le alcanza puede utilizar otra página. |

COPIA DEL CARNET O CERTIFICADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL CEPA 2025 (AMBOS LADOS), NO MAYOR A 1 AÑO

|  |
| --- |
| Inserte en este espacio copia del carnet o certificado de vacunación contra la influenza estacional CEPA 2025 (ambos lados), del joven que participará en el programa de “Cadete Naval por una semana”, no mayor a 1 año. |

ENCUESTA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Señale cómo conoció la convocatoria del programa: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distrito de reclutamiento | | | | |  | | | | | Internet | | | |  | | Otro (indique cual) | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. |
|  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | | | |  |
| Familiares o amigos | | | | |  | | | | | Visita a su colegio | | | |  | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Tiene familiares en la Armada Nacional? (En caso afirmativo indique): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI |  | | NO | | |  | | Grado, Nombre, Parentesco | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Tiene familiares en la Escuela Naval? (En caso afirmativo indique): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI |  | | NO | | |  | | Grado, Nombre, Parentesco | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Es usted hijo de civil de nómina de la Armada Nacional en servicio activo?: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI |  | | NO | | |  | | Grado, Nombre, Guarnición | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Indique quién cubrirá los costos generados por concepto de inscripción, desplazamiento ida y vuelta a Cartagena y los gastos personales durante el desarrollo del programa: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre | |  | | Madre | | | | | | |  | Pariente (indique parentesco) | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Explique brevemente por qué desea participar en el programa “Cadete por una semana”. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Indique (1) cuál es su talla de camiseta, (2) cual es la talla de pantaloneta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. XS |  | | S | | | |  | | M | | |  | L | |  | | XL | |  |
| 1. XS |  | | S | | | |  | | M | | |  | L | |  | | XL | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Practica algún deporte regularmente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI |  | | NO | | |  | | Cual | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTA AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES SI EL JOVEN PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD

Autorización de uso de imagen programa Cadete Naval por una semana.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con el documento de identidad No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y acudiente del o la joven\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con el documento de identidad No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que tanto él/ella como yo, conocemos de la realización del Programa Cadete Naval por una Semana por parte de la Escuela Naval de Cadetes “Almirante Padilla” y autorizo la toma y uso de su imagen (fotografías y videos), siempre y cuando el material sea utilizado en productos comunicativos de divulgación y promoción del programa, en los diferentes medios institucionales durante el desarrollo del programa y los que puedan aparecer a futuro.

Se firma a los \_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre y/o Acudiente

ESTA AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA POR EL JOVEN PARTICIPANTE SI ES MAYOR DE EDAD

Autorización de uso de imagen programa Cadete Naval por una semana.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con el documento de identidad No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que conozco de la realización del Programa Cadete Naval por una Semana por parte de la Escuela Naval de Cadetes “Almirante Padilla” y autorizo la toma y uso de mi imagen (fotografías y videos), siempre y cuando el material sea utilizado en productos comunicativos de divulgación y promoción del programa, en los diferentes medios institucionales durante el desarrollo del programa y los que puedan aparecer a futuro.

Se firma a los \_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma