



ASOCIACION DE GUIAS DE  
MONTAÑA Y TREKKING  
BOLIVIA  
ESCUELA DE GUIAS  
INSTRUCTORES DE MONTAÑA

FOTO

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
CURSO GUÍA DE ALTA MONTAÑA  
AGMTB-UIAGM

Nombres.....Apellidos.....

Nacionalidad.....Fecha de Nacimiento.....Sexo.....

Dirección permanente.....

Email.....Teléfono.....

Solicito mi inscripción al **CURSO GUÍA DE ALTA MONTAÑA AGMTB-UIAGM,**  
**adjunto el dossier.**

.....  
**FIRMA**  
**(C.I.)(DNI) o (N°PASAPORTE)**

ADJUNTO A LA PRESENTE LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN:

<b>DOCUMENTOS ADJUNTOS</b>	
Fotocopia documento de identidad	Adjunto (Si/No):
Fotografía actual (formato digital, JPG, 4x4cm, 300ppp)	Adjunto (Si/No):
Dossier de rutas	Adjunto (Si/No):
<b>DOCUMENTOS QUE ME COMPROMETO ENTREGAR POSTERIORMENTE (en original)</b>	
Copia impresa de la Ficha de Inscripción (firmada)	Si/No:
Copia impresa de Dossier de rutas (firmada)	Si/No:
Fotocopia de documento de identidad o pasaporte	Si/No:
Fotocopia de Certificado de bachiller	Si/No:
Original de Certificado médico (menos de tres meses).	Si/No:
Original de Certificado de buena conducta de la Policía (menos de tres meses).	Si/No:

Fotocopia de Certificado de primeros auxilios	Si/No:	
Fotocopia de Seguro de vida y contra accidentes	Si/No:	
Original Documento de deslindamiento de responsabilidades (firmado)	Si/No:	
<b>ANTECEDENTES DE FORMACION</b>		
Tengo el diploma de aspirante a guía	Si/No:	Año:
<b>Firmo el presente documento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Confirmando haber recibido y leído en detalle la convocatoria al Curso de Aspirante a Guía.</b></li> <li>• <b>Comprometiéndome a pagar el costo del Curso de Guías.</b></li> </ul>		
Firma:	Fecha de envío (DD/MM/AA):	

**Lugar y fecha,.....**

# CERTIFICADO MEDICO

Yo,..... Doctor en medicina,

Certifico haber examinado al Sr. (a).....

Nacido el:..... En.....

Demostrando en el examen:.....

.....

Y no haber evidenciado a este día ningún signo clínico aparente que contraindique la práctica del ANDINISMO a más de 4000 metros de altura.

Hecho en.....El.....

**(Sello y firma del médico)**