



**ASOCIACION DE GUIAS DE
MONTAÑA Y TREKKING
BOLIVIA
ESCUELA DE GUIAS INSTRUCTORES Y
TECNICOS EN MONTAÑISMO**

FOTO

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
CURSO ASPIRANTE A GUÍA DE MONTAÑA
AGMTB-UIAGM 2025**

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

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

Dirección permanente.....

Email..... Celular (WhatsApp).....

Solicito mi inscripción al **CURSO DE ASPIRANTE A GUÍA DE ALTA MONTAÑA, adjunto el dossier.**

.....
FIRMA
(C.I.) (DNI) o (Pasaporte)

ADJUNTO A LA PRESENTE LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN:

DOCUMENTOS ADJUNTOS	
Fotocopia documento de identidad	Adjunto (Si/No):
Fotografía actual (formato digital, JPG, 4x4cm, 300ppp)	Adjunto (Si/No):
Dossier de rutas	Adjunto (Si/No):
DOCUMENTOS QUE ME COMPROMETO ENTREGAR POSTERIORMENTE (en original)	
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 de Aval de la asociación de mi país de origen (opcional)	Si/No:	
Original Documento de deslindamiento de responsabilidades (firmado)	Si/No:	
ANTECEDENTES DE FORMACION		
He participado en exámenes de admisión anteriormente	Si/No:	Año:
Firmo el presente documento: <ul style="list-style-type: none"> ● Confirmando haber recibido y leído en detalle la convocatoria al Curso de Aspirante a Guía. ● Comprometiéndome a pagar el costo del Examen de admisión en caso que mí Dossier de rutas fuera aceptado. ● Comprometiéndome a pagar el costo del Curso de Aspirante en caso que apruebe el examen de admisión. 		
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)