

Fecha de registro: _____

Nombre del responsable y/o guía: _____

Nombre de la agrupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Tel. convencional: _____ Celular: _____

Satelital: _____ Correo electrónico: _____

* TIPO DE CAPACITACIÓN / ENTRENAMIENTO

Tipo de Capacitación: _____

Nombre del Instructor: _____ Capacitación Teórica y/o Practica: _____

Nivel: Introdutorio Básico Intermedio Avanzado Otro: _____

Duración: _____

Tipo de Entrenamiento: _____

Nombre del Entrenador: _____ Entrenamiento Teórico y/o Practico: _____

Nivel: Introdutorio Básico Intermedio Avanzado Otro: _____

Duración: _____

LUGAR A DONDE SE DIRIGEN

Nombre del lugar o punto de partida: _____ Municipio: _____

Coordenadas del lugar o punto de partida:

Latitud Norte: _____ Longitud Oeste: _____

* En caso de ser un recorrido nombre del punto donde termina: _____

* Coordenadas del punto final del recorrido:

Latitud Norte: _____ Longitud Oeste: _____

Cuentan con Instrumentos de orientación: Brújula GPS Carta Topográfica del lugar.

Cantidad de personas: _____ Hombres: _____ Mujeres: _____ Niños: _____

Edad Máxima de los participantes _____ Edad Mínima de los participantes _____

Día y hora de salida: _____ (DD/MM/AA), _____ (HH:MM).

Día y hora de regreso: _____ (DD/MM/AA), _____ (HH:MM).

* Anexar archivo KML(Z) o GPX del recorrido a seguir.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Estado: _____ Parentesco: _____

Teléfono convencional: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

ADVERTENCIA: EL LLENADO DE ESTE DOCUMENTO NO GARANTIZA AYUDA ALGUNA EN CASO DE QUE USTED O ALGUIEN DE SUS ASISTENTES REQUIERAN ASISTENCIA O EVACUACIÓN MEDICA DE URGENCIA.

Favor de enviar este formato al correo electrónico: agreste@depbc.gob.mx para dudas favor de llamar al teléfono (664) 634 9360