



REGISTRO DE EVENTO

Fecha de registro: _____

Nombre del responsable y/o guía: _____

Nombre de la agrupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Tel. convencional: _____ Celular: _____

Satelital: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuenta con Matrícula de Guía de SECTUR? **NO** **SI** Numero de MATRICULA: _____

* TIPO DE EVENTO

Ciclismo de Montaña		Paracaidismo	
Maratones		Ultra Maratones	
Carreras de Aventura		Carreras de Obstáculos	
Carreras Motorizadas Fuera de Camino			
Otras Descríbalos:			

LUGAR DEL EVENTO

Nombre del lugar: _____ Municipio: _____

Coordenadas del lugar:

Latitud Norte: _____ **Longitud Oeste:** _____

* En caso de ser un recorrido en qué punto 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).



GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO
COORDINACIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL
SIRARZA BC



CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Estado: _____ Parentesco: _____

Teléfono convencional: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

* Anexar archivo KML(Z) o GPX del recorrido a seguir, deberán presentar el archivo KML(Z) o GPX del recorrido anexado al correo electrónico, de lo contrario no se aprobará su actividad.

Nombre y Firma del Responsable

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

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