**Taller Internacional de Ciencia para Jóvenes , 16-27 julio, 2012, CIMAT, Guanajuato, México**

**Forma de Confirmación de Participación y Autorización**

Instrucciones:

1. La parte de Confirmación debe ser llenada y firmada por el participante; la parte de Autorización por uno de sus padres.
2. Hay que adjuntar a esta forma una copia de una identificación de la persona que firma  la autorización, con su fotografía y  firma.
3. La forma llenada y firmada debe ser escaneada y enviada por correo electrónico a *tcj2012@cimat.mx*, con el título (“asunto”): “confirmación de participación de [nombre completo del solicitante]”.
4. Para cualquier duda o pregunta favor de escribir a *tcj2012@cimat.mx*, o llamar a Lourdes Navarro en el CIMAT, tel. 01-473-73 50-800 ext. 49536.

**Confirmación de Participación**

Confirmo mi participación en el Taller Internacional de Ciencia para Jóvenes en el Centro de Investigación en Matemáticas (CIMAT), Guanajuato, México, del 16-27 julio, 2012.

He leído la sección de “Información para los participantes” en la página del Taller, entiendo las dos condiciones para la participación descritas en esta sección y acepto estas condiciones.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización de Participación**

Estoy de acuerdo en que mi hijo/a participe en el Taller de Ciencia para Jóvenes organizado por el Centro de Investigación en Matemáticas en la Ciudad de Guanajuato, México, del 16-27 de julio 2012.

Nombre de la persona que firma la autorización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el participante (padre/madre/tutor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio y teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Por favor mencionar si el participante padece alguna enfermedad o alergia, o está tomando medicamentos).

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_