



ENCUESTA DEL PLAN VACACIONAL AÑO: _____

1. Fecha: _____

DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A)

2. Nombres y Apellidos:		3. Cédula de Identidad:
4. Dependencia de Adscripción:		5. Teléfono/ Extensión:

DATOS DEL (LA) PARTICIPANTE

6. Nombres y Apellidos:		7. Cédula de Identidad:				
8. Fecha de Nacimiento:	9. Edad:	10. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	11. Peso:	12. Estatura:	13. Tipo de Sangre:	14. Talla de Franela:
15. Dirección de Habitación::					16. Teléfono de Habitación/ Oficina/ N° Celular:	
17. Instituto donde cursa estudios:				18. Nivel Educativo:	19. Grado/ Año:	
20. Padece alguna enfermedad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre: _____						
21. Alergia a algún medicamento, comida o factor ambiental: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre: _____						
22. Vacunas Recibidas:				23. Recibió vacuna antitetánica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____		

ENCUESTA

24. Seleccione la alternativa de su preferencia para desarrollar las actividades del Plan Vacacional:	
<input type="checkbox"/> Proyecto Recreativo Campamento Integración (Duracion 1 semana)	<input type="checkbox"/> Proyecto Visitas Guiadas (Duración 1 semana)
Objetivo: Ofrecer un programa de actividades recreativas, educativas y deportivas que permitan a los participantes intervenir en dinámicas de equipo a través de la práctica de juegos deportivos, cantos, actividades acuáticas y de espacio libre, entre otros.	Objetivo: Ofrecer de manera positiva la utilización del tiempo libre de los participantes en actividades de paseos dirigidos y actividades recreativas.

25. Sugerencia u observaciones:

26. Trabajador(a): _____ Firma Fecha:	27. Unidad de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral Social (Analista) _____ Firma Fecha:	28. Director(a) del Plan Vacacional: _____ Firma Fecha:
--	---	--

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Instruccion Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

CAMPO INSTRUCCIÓN

DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A)

- 01** Anote la fecha de llenado de la encuesta.
- 02** Escriba el nombre y apellido tal como aparece en la cédula de identidad.
- 03** Anote el número de la cédula de Identidad.
- 04** Escriba la ubicación administrativa de su dependencia de adscripción (Sede Rectoral, Instituto) según el caso.
- 05** Anote el número de teléfono o Extensión de la Dependencia de Adscripción.

DATOS DEL (LA) PARTICIPANTE

- 06** Escriba el nombre y apellido del (la) participante.
- 07** Anote el número de la cédula de Identidad. Si la posee.
- 08** Anote la fecha nacimiento (Día, Mes y Año).
- 09** Anote la edad del (la) participante.
- 10** Marque con una equis (x) en el campo correspondiente la opción sexo: Masculino, Femenino.
- 11** Anote el peso del (la) participante en kilogramos.
- 12** Anote la estatura del (la) niño(a) o adolescente.
- 13** Escriba el tipo de sangre del (la) participante.
- 14** Anote la talla de franela.
- 15** Escriba la dirección de habitación (especificando ciudad, estado).
- 16** Anote el número de teléfono de habitación pronta ubicación.
- 17** Escriba el nombre de la Institución Educativa donde cursa estudios el (la) participante.
- 18** Escriba el Nivel de estudios del (la) participante.
- 19** Escriba el año o grado que cursa el (la) participante.
- 20** Marque con una equis (x) en el campo correspondiente si sufre algún tipo de enfermedad: Si o No. De ser afirmativo, escriba el nombre de la enfermedad.
- 21** Marque con una equis (x) en el campo correspondiente si es alérgico a algún tipo de medicamento, comida o factor ambiental: Si o No. De ser afirmativo, escriba el nombre.
- 22** Escriba el nombre de las vacunas que ha recibido el (la) participante.
- 23** Marque con una equis (x) en el campo correspondiente si ha recibido la vacuna antitetánica: Si o No. De ser afirmativo, escriba la fecha de vacunación.

ENCUESTA

- 24** Marque con una equis (x) en el campo correspondiente la opción: Proyecto Recreativo Campamento Integración o Proyecto Visitas Guiadas.
- 25** Escriba las observaciones que considere pertinentes.
- 26** Registre la firma del (la) Trabajador(a)
- 27** Registre la firma del Analista Responsable y coloque el sello de la Dependencia.
- 28** Registre la firma del (la) Director(a) del Plan Vacacional.