



DATOS DEL SOCIO 2025

PEGAR 1 FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL

NOMBRE COMPLETO DEL SOCIO _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE(S)

CURP _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DÍA MES AÑO

DOMICILIO _____

COLONIA _____ DELEGACIÓN O MUNICIPIO _____

ENTIDAD _____ C.P. _____

TELÉFONO FIJO _____ WHATSAPP _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

REQUISITO INDISPENSABLE

ESCOLARIDAD PRIMARIA SECUNDARIA MEDIA SUPERIOR NINGUNA OTRA _____

¿CURSANDO ACTUALMENTE? SI NO

¿CUENTA CON ALGÚN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS? _____

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO _____

ASOCIACIÓN A LA QUE PERTENECE _____

EQUIPO AL QUE PERTENECE _____

(EN CASO DE QUE LA ASOCIACIÓN TENGA MÁS DE UN EQUIPO)

DECLARO BAJO PROTESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS SON VERDADEROS

FIRMA DEL SOCIO

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE CHARROS

***ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL SOCIO, ADEMÁS DEBERÁ SER FIRMADO POR EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE CHARROS EN CASO DE QUE EL SOCIO NO ESTÉ ENLISTADO EN LA LISTA DE SOCIOS**