Autorización para participar

en actividades o campamentos

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apoderado del menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo para que participe en la actividad denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la que se efectuará durante el o los días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, en el lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Autorizo además a quien es el responsable de la unidad para que en caso de urgencia y bajo recomendación de un profesional médico, disponga el tratamiento o intervenciones quirúrgicas que fuesen necesarias realizar.

Nombre Completo

del apoderado

-

RUT del Parentesco

apoderado

**Firma del apoderado**

**En caso de urgencia comunicarse con:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **FONO 1** | **FONO 2** | **CIUDAD** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

**Fecha de emisión de este documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_**