

## AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN TALLER

### 1. DATOS APODERADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONOS DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi pupilo a participar de taller extraescolar: \_\_\_\_\_ que se  
desarrollará el día: \_\_\_\_\_ desde \_\_\_ : \_\_\_ hasta \_\_\_ : \_\_\_ horas.

y el día \_\_\_\_\_ desde \_\_\_ : \_\_\_ hasta \_\_\_ : \_\_\_ horas.

en Instituto Claret de Temuco.

Me comprometo a completar ficha anexa de salud y otorgar antecedentes con el fin de resguardar la salud de mi pupilo. Autorizo la difusión de imágenes de las actividades en que él participa en los medios informativos y de difusión del colegio.

**NOTA: ESTA AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA Y ENTREGADA AL PROFESOR O MONITOR  
ENCARGADO DEL TALLER.**

|                        |
|------------------------|
|                        |
| <b>Firma Apoderado</b> |

Temuco, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE SEGURIDAD ESCOLAR INSTITUTO CLARET**  
**FICHA DE SALUD PARA**  
**EDUCACION FÍSICA, RECREACIÓN Y TALLERES EXTRAESCOLARES**

| DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE   |                          |        |                       |
|---|--------------------------|--------|-----------------------|
| APELLIDO NOMBRE:  |                          |        |                       |
| RUT:  | FECHA DE NACIMIENTO: / / | CURSO: |                       |
| ESTATURA:   | PESO CORPORAL:           | SEXO:  |                       |
| DATOS MORFO-FUNCIONALES   | SI                       | NO     | INDIQUE ZONA AFECTADA |
| HA SUFRIDO FRACTURAS  |                          |        |                       |
| HA SUFRIDO LESIONES MUSCULARES (ESGUINCES, LUXACIONES U OTRA, ESPECIFIQUE)                  |                          |        |                       |
| OTRA  |                          |        |                       |
| ANTECEDENTES DE SALUD   | SI                       | NO     | TRATAMIENTO           |
| EPILEPSIA   |                          |        |                       |
| CARDIOVASCULARES  |                          |        |                       |
| ASMA BRONQUIAL  |                          |        |                       |
| OSTEOARTICULAR  |                          |        |                       |
| HIPERTENSIÓN  |                          |        |                       |
| ALÉRGICO  |                          |        | A:                    |
| OTRA  |                          |        |                       |
| El médico le ha sugerido o prescrito algún tipo de actividad física especial e impedimento. |                          |        | <b>ESPECIFIQUE</b>    |
| <b>Comentarios u otros antecedentes:</b>  |                          |        |                       |

**En mi carácter como padre, madre u apoderado autorizo a mi hijo/a, a realizar actividades físicas acorde al sexo, edad y lineamientos curriculares vigentes.**