**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN A MENORES POR PARTE DE LOS PADRES**

**DISTRITO No.: 22 CONGREGACIÓN: IPUC Los Sauces**

**Evento de carácter cristiano y no formal “Campamento de jóvenes”.**

Bello, 06 de junio del 2024

Por medio del presente escrito, Yo (Nombre del Padre):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Juan Esteban\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con CC N°:\_\_\_\_12121212\_\_\_\_\_\_ y (Nombre de la Madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Florentina Lopez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con CC N°:\_\_\_\_34343434\_\_. Damos autorización para que nuestro(a) hijo(a): \_\_\_\_\_\_\_\_Robert Cualin\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la Tarjeta de Identidad N°:\_\_56656565\_\_\_\_, participe en el Evento: \_\_\_\_\_\_\_DE REPENTE\_\_\_\_\_\_\_\_, que se realizará en \_\_\_finca\_\_\_\_\_\_\_.

Asumimos la responsabilidad por su comportamiento durante el tiempo que dure el evento y el compromiso de cubrir todos los gastos que su participación implique.

Confirmamos que hemos leído y aceptamos la Política de seguridad del evento y Eximimos de toda responsabilidad por cualquier situación no prevista o accidente que se presentase durante el periodo del evento y su traslado y sus consecuencias a la **IGLESIA PENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA** y a sus Representantes Legales,

Expresamos que el acudiente o persona de contacto, para reportar cualquier eventualidad será: \_Patricio Juares\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con CC. N°\_\_090909090\_\_Tels:\_\_\_234345\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_5644766980\_\_\_\_\_\_

**La Información del participante en el evento:**

Nombre: \_\_\_\_\_Robert Cualin\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_07/05/2008\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Tipo de Servicio de Atención en Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EPS [eps] SISBEN [sisben] MEDICINA PREPAGADA [pre\_pg] NINGUNA [salud\_nn]

Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_Sura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_Calle 20e #76-59\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_\_O+\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alergias (tipo de sustancias): \_\_\_\_\_\_ninguna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** **

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre Firma de la Madre.**

**C.C. N° 12121212 C.C. N° 34343434**

**Teléfonos: 7645456776 Teléfonos: 45645767685**