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

**DISTRITO No.: [numero\_districto] CONGREGACIÓN: [congregacion]**

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

[ciudad], [dia] de [mes] del 20[anno]

Por medio del presente escrito, Yo (Nombre del Padre):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[nombre\_padre]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con CC N°:\_\_\_\_[cc\_padre]\_\_\_\_\_\_ y (Nombre de la Madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[nombre\_madre]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con CC N°:\_\_\_\_[cc\_madre]\_\_. Damos autorización para que nuestro(a) hijo(a): \_\_\_\_\_\_\_\_[nombre\_menor]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la Tarjeta de Identidad N°:\_\_[cc\_menor]\_\_\_\_, participe en el Evento: \_\_\_\_\_\_\_[evento]\_\_\_\_\_\_\_\_, que se realizará en \_\_\_[lugar\_evento]\_\_\_\_\_\_\_.

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: \_[nombre\_acudiente]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con CC. N°\_\_[cc\_acudiente]\_\_Tels:\_\_\_[fijo\_acu]\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_[cel\_acudiente]\_\_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_[nombre\_menor]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_[edad\_menor]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[nacimiento\_menor]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Tipo de Servicio de Atención en Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[tp\_salud]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_[entidad\_salud]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_[direcc\_entt]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_\_[tipo\_sangre]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alergias (tipo de sustancias): \_\_\_\_\_\_[alergias]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[firma\_padre] [firma\_madre]**

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

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

**C.C. N° [cc\_padre] C.C. N° [cc\_madre]**

**Teléfonos: [cel\_padre] Teléfonos: [cel\_madre]**