



# Autorización para Participar en Actividades o Campamentos



Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Cedula de Identidad	Fono	Móvil	Edad		
Dirección			Comuna		
Unidad a la que Pertenece			Responsable a Cargo		

En Caso de  
Emergencia Avisar a:

Nombre		Fono	

Sistema de Salud Provisional		Grupo Sanguíneo		¿Es Donante?	

<b>Alergias</b>					
Medicamentos		Alimentos		Otros	

<b>Antecedentes Médicos</b>

<b>Enfermedades Crónicas</b>

<b>Tratamientos Actuales</b>

Yo, \_\_\_\_\_ apoderado de \_\_\_\_\_  
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 actividad para que en caso de urgencia y bajo recomendación de un profesional médico, disponga el tratamiento o intervenciones quirúrgicas que fuesen necesarias realizar.

Adicionalmente **adjunto** un **certificado de nacimiento o tutela** que certifica mi relación de guardián legal con el beneficiario.

Nombre Completo del Apoderado		
Parentesco	R.U.T. del Apoderado	Firma del Apoderado