



GOBERNACIÓN DEL
CESAR

Secretaría de Recreación y Deportes del Cesar

ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVAS
SECRETARIA DE RECREACION Y DEPORTES
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad: Fecha: Valledupar 18-03-2025

Yo: Clara Montaña mayor de edad identificado (a) con cédula de ciudadanía Número: 1065602150 de: Valledupar número celular: 3019617689 con dirección de residencia: Cra 24 7ª 46 Villa Concha del municipio: Valledupar en mi calidad de representante legal de/la deportista menor de edad Jose Daniel Gonzalez Montaña Identificado (a) con documento de identidad No 1066880763, por el presente escrito lo autorizo a:

1. Participar como deportista en las competencias deportivas y otras actividades complementarias, dirigidas al bienestar del/la menor de edad como parte del Programa de ESCUELAS DEPORTIVAS.
2. Realizar los desplazamientos necesarios hacia las sedes de los intercambios deportivos y/o Recreativos.
3. Participar en la elaboración de datos e imágenes del deportista para publicar y promover en medios de comunicación (los derechos de imágenes durante los eventos del Programa ESCUELAS DEPORTIVAS)
4. En caso de lesión deportiva, accidente o urgencia médica, doy mi consentimiento para que realicen los procedimientos invasivos necesarios en aras de proteger la integridad física y de salud del/la deportista.

De igual forma autorizo al Monitor y/o Entrenador asignado, contratista de la secretaria de Recreación y Deportes del Departamento, para que cumpla el rol de Tutor responsable del/la deportista menor de edad (Nombre Completo de el/la deportista):

Jose Daniel Gonzalez Montaña
en todo momento y lugar del desarrollo del Programa ESCUELAS DEPORTIVAS", en el municipio de Valledupar, siempre y cuando estén desarrollando actividades propias del programa.

OTRAS ESPECIFICACIONES PARA EL CUIDADO DEL MENOR DE EDAD:

1. En caso de que el/la deportista menor de edad participante tenga alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico deberá ser escrito a continuación:

2. Cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para el cuidado de/la menor, deberá ser escrita a continuación:

3. En caso de emergencia, si el representante legal (Padre o Madre) no llegará a contestar el número celular anteriormente indicado en este documento, será posible comunicarse a cualquiera de los siguientes Roles, números telefónicos y correos electrónicos:

Rol <u>Papá</u>	Nº de Teléfono <u>318880269</u>	Correo <u>luisdagoP@gmail.com</u>
Rol <u>mamá</u>	Nº de Teléfono <u>3015612689</u>	Correo <u>clarmon23@gmail.com</u>
Rol _____	Nº de Teléfono _____	Correo <u>clarmon2308@gmail.com</u>

4. En todo caso, se entenderá que el Monitor y/o Entrenador actuará de la manera más diligente posible para garantizar el cuidado integral del/la menor de edad, atendiendo las necesidades de este en concordancia con la ley 1098 de 2006 por la cual se expide el código de infancia y adolescencia y la ley 1618 de 2013 por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

A continuación, mediante mi firma, doy garantía que he leído o me han leído en totalidad el presente documento y estoy en acuerdo:

Clara P Montaña
Firma del representante legal mayor de edad
C.C. 1065602150

Anexar;

- ✓ Copia del Documento de Identidad del menor de edad.
- ✓ Copia del documento de identidad del padre, madre y/o representante legal.
- ✓ Copia de Certificación de Afiliación a Salud, en estado ACTIVO, ya Contributivo o Subsidiado (Fosyga).