



# Autorización para Participar en Actividades o Campamentos



Nombre		Cédula de Identidad	Teléfono	Fecha de Nacimiento
Dirección			Comuna	
Edad	Unidad a la que Perteneces	Responsable a Cargo		

## Información Médica ↓

Sistema de Salud	Detalle Sistema de Salud	Grupo Sanguíneo	¿Es donante?

**En Caso de  
Emergencia  
Avisar a:**

Nombre	Relación	Teléfono	

## Alergias

## Antecedentes Médicos

## Tratamientos Médicos

## Consumo de Medicamentos

## Dieta Alimentaria

Yo, \_\_\_\_\_ apoderado de \_\_\_\_\_  
 autorizo para que participe en la actividad denominada \_\_\_\_\_, la que se efectuará  
 desde el \_\_\_\_\_, 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 fueran necesarias realizar.

Adicionalmente **adjunto un certificado de nacimiento o tutela** que certifica mi relación de guardián legal con la niña, niño o joven.



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

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado