

2.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN RETIRO DE MENORES DE LAS ACTIVIDADES EN QUE PARTICIPA:

- Al momento de la inscripción, los socios-apoderados o de las personas que tengan al cuidado o bajo su responsabilidad a los menores entre 3 a 17 años de edad deben completar una ficha, indicando los datos que se solicitan, dentro de los cuales se encuentran:

- Autorización para que menor se retire de la actividad **SIN** compañía de un adulto.
- En caso de no ser autorizado, indicar adultos responsables de su retiro:
 - Nombre completo y número de su cédula de identidad de la persona autorizada para el retiro del menor y de su número del teléfono o celular, whatsapp o correo electrónico.
 - Indicar si existe alguna persona que tenga contraindicación o prohibición judicial de retirar al menor, informando su nombre completo y número de su cédula de identidad. Además, deberán acompañar copia autorizada ante Notario de los antecedentes relativos a la contraindicación o prohibición judicial.
 - Dado que la presente autorización se entiende otorgada con carácter de indefinida, en caso de que los socios-apoderados o de las personas que tengan al cuidado o bajo su responsabilidad a los menores, deseen dejarla sin efecto, deberán informar de ello oportunamente por escrito al Estadio Español, atención Gerencia de área que corresponda.

FICHA DE INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES DEPORTIVAS, CULTURALES O RECREATIVAS
SOCIOS MENORES DE EDAD

Declaro conocer los Reglamentos y Protocolos vigentes, los cuales me comprometo a respetar, obligándome a su fiel cumplimiento.

Es de carácter obligatorio completar la información requerida en este formulario.

SOCIOS APODERADOS

Nombre Madre: _____ N° de socio: _____

Cédula de identidad N° _____

Dirección Particular: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ @ _____

Nombre Padre: _____ N° de socio: _____

Cédula de identidad N° _____

Dirección Particular: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ @ _____

DATOS MENOR PARTICIPANTE

Nombres y Apellidos: _____

Cédula de identidad o Pasaporte N° _____

Fecha Nacimiento: _____

Dirección Particular: _____

Clínica _____ en _____ convenio _____ (seguro _____ accidentes):

Comuna: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ @ _____

ACTIVIDAD/ES EN QUE SE INSCRIBE:

- ❖ **DECLARO BAJO JURAMENTO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y CONTRACTUALES, QUE MI HIJO/A TIENE CONDICIONES DE SALUD COMPATIBLES CON LA/S ACTIVIDAD/ES EN QUE SE INSCRIBE.**

- ❖ **ME COMPROMETO Y OBLIGO A AVISAR POR ESCRITO Y EN FORMA INMEDIATA A LA GERENCIA DE ÁREA QUE CORRESPONDA, EN CASO DE QUE SURJA UNA CONDICIÓN DE SALUD POSTERIOR QUE SEA UN RIESGO PARA REALIZAR LA/S ACTIVIDAD/ES A QUE SE REFIERE ESTE REGISTRO.**

MARQUE SEGÚN CORRESPONDA:

(SÍ) (NO) Autorizo a que mi hijo/a se retire de la/s actividad/es en que participa **SIN** compañía de un adulto responsable.

En caso de no autorizar indicar:

Nombres y Apellidos de la persona autorizada para el retiro:

Cédula de identidad o Pasaporte N° _____

Número de teléfono o celular, whatsapp o correo electrónico del contacto: _____

SE EXIGE PUNTUALIDAD EN EL HORARIO DE RETIRO, PUES FINALIZADA LA ACTIVIDAD NO HAY ADULTO RESPONSABLE A CARGO DE LA SUPERVISIÓN DEL MENOR.

(SÍ) (NO) Indicar si existe alguna persona que tenga contraindicación o prohibición judicial de retirar al menor.

Nombre y Apellido _____

Cédula de identidad o Pasaporte N° _____

AUTORIZACIÓN SOBRE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

(SÍ) (NO)

Yo/nosotros _____ autorizo/autorizamos a _____ (nombre y apellidos del menor), a participar en fotografías, grabaciones de video y de audio, los que puedan aparecer en medios impresos o digitales que se enmarquen en el proyecto de actividades de Estadio Español.

FICHA MÉDICA

(SÍ) (NO) PRESENTA ALERGIAS O RESTRICCIÓN ALIMENTARIA QUE REQUIERA DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE URGENCIA (ya que técnico de enfermería no está facultado para realizarlo)

Indique cuál o cuáles:

Indique contacto, número de teléfono o celular, whatsapp o correo electrónico de emergencia: _____

(SÍ) (NO) ACTUALMENTE PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE SALUD QUE REQUIERA DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (ya que técnico de enfermería no está facultado para realizarlo)

Indique cuál o cuáles:

Indique nombre completo del contacto, número de cédula de identidad o pasaporte, número de teléfono o celular, whatsapp o correo electrónico de emergencia:

POR FAVOR, INDÍQUENOS SI HAY CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE USTED CREA QUE DEBEMOS CONOCER PARA ASEGURAR QUE EL MENOR SE ENCUENTRE LIBRE DE RIESGOS QUE PUEDAN AFECTAR SU SALUD.



En _____, _____ de _____ de 20__.

Nombre y Firma (nombre de los padres o personas que tengan al cuidado o bajo su responsabilidad).

Nombre: _____

Número de Cédula de Identidad o Pasaporte:

Firma: _____

Nombre: _____

Número de Cédula de Identidad o Pasaporte:

Firma: _____