

## Autorización de los padres para estudiantes menores de edad

El aqui firmante, Sr/Sra.....

Dirección.....

.....

País .....Teléfono:.....

Celular.....

(obligatorio, para llamarles en cualquier momento durante la estadia de su hijo/a)

autorizo a mi hijao / hija :

.....

sí  no - a practicar las actividades al aire libre dentro de la supervisión y organización del personal de animación del Collège International.

sí  no - a ser transportado en el bus o minibus por el personal de animación del Collège International dentro de las actividades deportivas, culturales o turísticas que necesiten un traslado colectivo.

sí  no - a salir del campus del Collège International sin acompañante adulto, después del curso de francés y antes de la hora límite de regreso a la noche, para ir a la playa, al centro de la ciudad etc.

sí  no - si fuera necesario, autorizo al organizador o acompañante a tomar las medidas necesarias en caso de urgencia para recurrir a una guardia o clinica médica.

además yo autorizo

sí  no - al personal de animación del Collège International a tomar fotos durante las actividades pedagógicas, deportivas o culturales en las cuales participa mi hijo / hija y autorizo la eventual publicación de las mismas en la página web, en el folleto o en el newsletter mensual del Collège International.

Fecha y firma

.....

## Autorización de los padres para estudiantes menores de edad

El aqui firmante, Sr/Sra.....

Dirección.....

.....

País .....Teléfono:.....

Celular.....  
(obligatorio, para llamarles en cualquier momento durante la estadia de su hijo/a)

- doy mi autorización para que se apliquen, en caso de enfermedad o accidente, y bajo consejo médico, todos los cuidados que el estado de mi hija / hijo requiera.

fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Antecedentes de tratamiento médico :** \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos :** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento seguido actualmente :**

- Permanente : \_\_\_\_\_

- En caso de necesidad (indicar el tipo de necesidad : alergia u otro) :

\_\_\_\_\_

Fecha y firma

.....