

FICHA DE PARTICIPACIÓN Y AUTORIZACIÓN PROGRAMA ECyD 2025

Programa _____ : Colegio Everest

NOMBRE : _____
SEGURO ESCOLAR: _____

RUT : _____

NOMBRE MAMÁ : _____
CELULAR: _____

RUT : _____
MAIL : _____

NOMBRE PAPÁ : _____
CELULAR: _____

RUT : _____
MAIL : _____

Con Fecha _____ autorizamos a nuestra hija _____ a participar y trasladarse a los lugares de las actividades programadas según se detalla en la circular del programa ECyD _____ de abril a diciembre 2025, haciendo los traslados en el bus contratado y con los adultos responsables de las actividades del ECyD. En algunas ocasiones las niñas pueden ser trasladadas por apoderadas que acompañan en actividades puntuales.

FIRMA DEL APODERADO(A)

Consideraciones generales

1. Las actividades del ECyD se detallan en la página web:
<https://www.ecydeverest.cl/actividades-programadas/>
2. En caso de estar tomando algún medicamento o estar bajo tratamiento médico, favor de informar por escrito a la responsable de la actividad.
3. El ECyD no se hace responsable de cualquier elemento electrónico que las niñas traigan a las actividades (celulares, tablets, parlantes, etc.) ni de daños a la propiedad privada.
4. Les pedimos que tengan vigente el seguro médico. Si hay un accidente o una lesión contactaremos a los apoderados usando los números de teléfono proporcionados con la inscripción. En caso de no poder contactar a los apoderados, se tomarán medidas de acuerdo con los mismos protocolos del colegio.
5. Durante todas las actividades se toman registros fotográficos que pueden ser subidos a redes sociales institucionales. Si desea que su hija no aparezca en ellas, favor informar a la encargada del Programa ECyD.