**INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apoderado/a y/o tutor/a de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo que participe de los talleres del Centro de Humedales.

Complete con la palabra **PARTICIPARÁ**, en la semana que corresponda:

| **SEMANA** | **SELECCIÓN** |
| --- | --- |
| Semana 1: del 2 al 6 de enero de 2023 |  |
| Semana 2: del 9 al 13 de enero de 2023 |  |
| Semana 3: del 16 al 20 de enero de 2023 |  |
| Semana 4: del 23 al 27 de enero de 2023 |  |

**1. Al firmar esta autorización, aseguro que mi hija/o no asistirá a los talleres si presenta alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas antes de ir a los talleres:**

* Fiebre, temperatura corporal de 37,5°C o más.
* Tos seca.
* Debilidad general, fatiga o cansancio.
* Disnea o dificultad respiratoria.
* Dolor u opresión persistente en el pecho.
* Dolor de garganta al comer o tragar fluidos.
* Pérdida brusca del gusto y/o el olfato.
* Congestión nasal.
* Conjuntivitis (enrojecimiento ocular).
* Cefalea o dolor de cabeza.
* Mialgia o dolores musculares o articulares.
* Diferentes tipos de erupciones cutáneas.
* Náuseas o vómitos.
* Diarrea.
* Escalofríos o vértigo.

**2. Mi núcleo familiar:** Por este medio declaro que no enviaré a mi hijo o hija a los talleres, si mi núcleo familiar (o las personas con las que vive mi hijo/a) ha tenido contacto con un caso sospechoso o positivo de COVID-19 los 5 días previos a las actividades de los talleres.

**3. Riesgos de contagio COVID:** Entiendo que, dadas las características actuales de la pandemia ocasionada por coronavirus existe la posibilidad permanente de que ocurra un contagio durante el desarrollo de los talleres.

**4. Recepción de información:** Declaro que estoy informado/a de que existe riesgo de contraer la enfermedad durante la participación de los talleres del CEHUM, aun cuando se tomen todas las medidas para minimizarlo. Dejo constancia que estoy en conocimiento de que no hay ningún tipo de seguro que contempla gastos ni tratamientos relacionados al COVID-19.

**5. Riesgos inherentes a las actividades al aire libre:** entiendo también que, en el desarrollo de las actividades al aire libre, existe el riesgo que el o la menor pueda sufrir algún tipo de incidente menor, tales como: raspadura, golpes, caída, u otros. Por lo anterior, es importante que el o la menor cumpla con las normas e indicaciones establecidas para las actividades.

**6. Consideraciones finales:** He recibido información clara, completa y suficiente acerca de este consentimiento informado. He comprendido el contenido de este documento y acepto la puesta en práctica de las medidas que se requieran. Además, eximo de responsabilidad a la Universidad Austral de Chile y/o Centro de Humedales Río Cruces, ante la posibilidad de contagio de COVID de mi hijo/a, u otro accidente.

**7. En caso de presentar algún síntoma o problemas durante las actividades, llamar a:**

| **Nombre Completo** | **Parentesco** | **Teléfono** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**8. Declaro:**

* Conocer las Normas indicadas en Comunicación para Padres/Apoderados
* Conocer las indicaciones del protocolo que rige las actividades organizadas por el Centro de Humedales.
* Haber completado con datos fidedignos la Ficha Médica.

| **Nombre completo y RUT** |  | **Firma apoderado/a y/o tutor legal** |
| --- | --- | --- |