**INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACION DE PARTICIPACIÓN**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Edad. \_\_\_\_\_\_ 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 3 al 7 de julio de 2023 |  |
| Semana 2: del 10 al 14 de julio de 2023 |  |
| Semana 3: del 17 al 21 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.
* Congestión nasal.
* Conjuntivitis (enrojecimiento ocular).
* Cefalea o dolor de cabeza.
* Mialgia o dolores musculares o articulares.
* Diferentes tipos de erupciones cutáneas.
* Anorexia, 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 un caso positivo de COVID-19 los 5 días previos a las actividades de los talleres.

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

**4. 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 Rio Cruces, ante la posibilidad de cualquier accidente.

**7. En caso de necesidad, 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** |