



PROTOCOLO EXTRAMUROS CONSENTIMIENTO PARA PADRES DE FAMILIA

Asunto: I Asamblea Ordinaria COOPEFEVOL R.L.

Las personas encargadas legales deben llenar y firmar este consentimiento y adjuntar su documento de identificación. Además, se debe de adjuntar una copia del documento de identificación del estudiante, su ficha médica y copia de su póliza. Se solicita anotar de forma legible el número de póliza del estudiante en el espacio que se detalla para tal efecto.

Fecha de elaboración de documento: **18 de abril del 2024.**

Quien suscribe, persona encargada legal del o de la estudiante:
_____, de la
sección _____ indico que al firmar el presente documento brindo mi
autorización al equipo institucional del Centro Educativo para trasladar a mi
hijo (a) el día **Martes 30 de abril del 2024**, al centro de actividades Alto del
Tobo.

La salida será desde el CTP Fernando Volio Jiménez a las 7:45 am y el
regreso será aproximadamente con llegada a nuestra institución a las 3:30
pm aproximadamente. El traslado a esta actividad será brindado por la
empresa Green Land, que es la empresa que brinda el transporte a nuestros
estudiantes. Es una actividad académica. Por tanto, se justificarán las
ausencias.

El costo del transporte de esta gira es de $\text{C}\$500$ por estudiante, el cual debe
ser cancelado antes de la gira. Los estudiantes deberán de portar el uniforme
de Educación Física, bloqueador y una gorra. No se permite que lleven
botellas.

Justificación: Justificación: Esta actividad surge con el objetivo de poder
fomentar la participación de nuestros estudiantes al desarrollo del



cooperativismo del país, se celebrará la asamblea de COOPEFEVOL R.L y después podrán disfrutar de inflables, entre otras actividades.

ASPECTOS IMPORTANTES PARA TOMAR EN CONSIDERACIÓN

- 1- Se libera de toda responsabilidad a la administración y al docente a cargo por alguna lesión que pueda sufrir el o la estudiante durante su participación en dicho evento, producto de algún desacato en las normas establecidas tanto por la empresa o institución visitada, así como nuestra institución.
- 2- El estudiante debe acatar en todo momento las instrucciones que estarán brindando los docentes o funcionarios responsables.
- 3- De no presentar alguno de los documentos adjuntos solicitados, su permiso de salida no será autorizado.

Nombre de la persona encargada:

Número de cédula: _____ Firma: _____

Teléfonos para contactar al encargado: _____

Número de póliza: _____



FICHA RESUMEN DE CONSIDERACIONES MÉDICAS DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN PERSONAL			
Nombre y Apellidos:			
Fecha De Nacimiento:	Edad:	Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Nacionalidad:	Numero De Cedula:	Sección:	
Domicilio Exacto:			
Nombre De Padre, Madre O Encargado (A):		Parentesco:	
Números Telefónicos:	Casa Habitación:	Celular:	
Posee Carne Seguro Social: (Si) (No)		N° De Póliza:	
ANTECEDENTES DE SALUD			
1. Padecimiento alguna de las siguientes enfermedades			Observaciones
Diabetes	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Gastritis	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Presión Alta	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Hernia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Enfermedades cardiacas	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Alergias (aclarar y especificar tratamiento)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Asma	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Sinusitis, adenoides, rinitis	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Problemas menstruales	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Dolores estomacales fuertes	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Dolores de cabeza ¿Intensidad?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Anorexia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Bulimia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Cáncer	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Otro, especifique:	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
2. Manifestación de algún problema			
Auditivo. ¿Cuál?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Visual. ¿Cuál?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Con algún tipo de alimentos ¿Cuál?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Al dormir ¿Cuál?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Cuando viaja en algún medio de transporte ¿Cuál?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	



De desmayo por golpe al calor	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Mareos, náuseas ¿Por qué?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Depresiones	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
3. Actualmente toma algún medicamento Indique el nombre del medicamento y el horario.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
4. Indique si sabe nadar:	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	

Otra indicación que sea importante considerar:

Adjunta dictamen médico: Si No

Nombre del docente responsable

Firma del docente responsable

Nombre completo Padre, Madre o encargado (a).

Nombre completo del Estudiante.

Firma del Padre, Madre o encargado (a).

Firma del Estudiante.