

**ACTA DE CONSEJO DE GRUPO**

**ANEXO N°1**

**RETORNO A ACTIVIDADES PRESENCIALES**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, constituido el Consejo del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Zona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha determinado el retorno a actividades presenciales, en conocimiento y de acuerdo al protocolo de retorno seguro y responsable para actividades de la AGSCh, generado por la Asociación de Guías y Scouts de Chile, en el contexto de la pandemia que se encuentra el país.

El retorno de las actividades será de acuerdo al siguiente orden:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Unidad** | **Fecha retorno actividades** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 (Llenar con tantas unidades que tenga el Grupo)

Cada vez que se reúne la unidad, el o la responsable de Grupo se compromete a enviar el documento “Hoja de ruta Covid” de acuerdo a la forma que indica el protocolo de retorno a actividades.

Si el representante de la institución Patrocinante estima que no se encuentra en condiciones para facilitar las dependencias de la institución, los motivos se deben indicar en el siguiente espacio:

|  |
| --- |
|  |

De la misma forma, los apoderados y apoderadas pueden dejar sus observaciones:

|  |
| --- |
|  |

Cada uno de los Estamentos del Grupo, firman la aprobación de la presente acta:

**Guiadoras y Dirigentes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 (Repetir tantas veces como sea necesario)

**Apoderadas y apoderados**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **UNIDAD** | **CARGO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 (Repetir tantas veces como sea necesario)

**Representante Institución Patrocinante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **FIRMA** |
|  |  |  |

Declaración del lugar de actividades (establecer cuál será el lugar fijo de actividades en un periodo, informado al Distrito)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **DIRECCIÓN** | **HORARIO** |
|  |  |  |