**AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES PRESENCIALES**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apoderado/a y/o tutor/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ perteneciente a la Unidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo que participe de las actividades presenciales a realizarse el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ en el lugar denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Al firmar esta autorización, aseguro que mi hija/o no presenta ninguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas:***

* 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.
* Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos..
* Pérdida brusca del gusto (ageusia) y/o el olfato (anosmia).
* 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.

**En caso de presentar algún síntoma en actividades, llamar a:**

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

Por este medio declaro que mi núcleo familiar (o las personas con las que vive mi hijo/a) no ha tenido contacto con un caso sospechoso o positivo de COVID-19 desde hace 5 días.

Declaro conocer el *“Protocolo de Retorno Seguro y Responsable a Actividades Presenciales de la Asociación de Guías y Scouts de Chile”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo y Rut** |  | **Firma del Apoderado/a y/o Tutor Legal** |