



Colegio Las Condes

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISOS

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nombre Completo del Estudiante | |
| Nivel / Curso | |

| Detalle | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Autorizo a que se proceda a practicar en mi pupilo procesos de evaluación y su correspondiente tratamiento y/o apoyo por parte de especialistas para atender sus necesidades educativas especiales. De igual forma autorizo el ingreso al PIE en caso de que sea necesario. | | |
| Autorizo el traslado de mi pupilo al centro de aprendizaje con el objetivo de recibir tratamiento y/o apoyo de especialista. | | |
| Me comprometo a llevar a mi pupilo al centro de aprendizaje en los horarios que se me cite. | | |
| Autorizo el traslado a los centros deportivos de la comuna, para realizar para realizar actividades deportivas y/o actividades extraescolares. | | |
| Autorizo a mi pupilo a realizar salidas pedagógicas extraprogramáticas como apoyo a sus aprendizajes | | |
| Autorizo a mi pupilo a ser filmado, fotografiado, o grabado en vivo dentro y fuera del colegio en actividades inherentes al quehacer educativo del establecimiento | | |
| Autorizo a mi pupilo a trasladarse solo desde el Colegio a la casa. | | |
| Autorizo para que, en caso de algún accidente escolar grave, traslade a mi alumno (a) al centro asistencial correspondiente para que se le brinde los primeros auxilios en el intertanto me comprometo a acercarme al establecimiento asistencial a hacerme cargo de la situación | | |
| Me comprometo a revisar en página web del colegio el reglamento interno y reglamento de evaluación del Colegio. | | |
| Autorizo a las siguientes personas para que puedan retirar a mi pupilo. (Pre Kinder- Kinder. 1° y 2° básico) | 1.- | RUT: |
| | 2.- | RUT: |
| | 3.- | RUT: |

Firma de Apoderado
