



Sindicato de Empresa WorleyParsons Chile S. A.



Autorización Asistencia Selva Viva

Yo, _____ padre o madre de
_____ autorizo para que asista a Paseo de
Invierno 2015, el que se efectuará el día 24 de julio de 2015, en Selva Viva.

Autorizo además a quien es el responsable de la actividad para que en caso de
urgencia y bajo recomendación de un profesional médico, disponga el tratamiento
que fuesen necesarias realizar.

Nombre Completo
del padre o madre

RUT

 -

Parentesco

Firma

En caso de urgencia comunicarse con:

NOMBRE	FONO 1	FONO 2	CIUDAD
1.			
2.			
3.			

Fecha de emisión de este documento: _____ del mes de _____ del año _____



Sindicato de Empresa WorleyParsons Chile S. A.

Ficha médica del menor

Teléfono Fecha de Nacimiento / / Rut -

Antecedentes médicos

Sistema de salud: **Isapre** **Fonasa** **Particular** **Fuerzas Armadas**

Seguro escolar **Sí** **No** **Clínica**

Es alérgico a: **Medicamentos** **Alimentos** **Otros**

(Indique específicamente a que es alérgico)

Grupo Sanguíneo Padece alguna Enfermedad crónica

(Cual)

Se está efectuando algún Tratamiento médico que Requiera de cuidados (Descríbalo)

Está consumiendo algún Tipo de medicamento (Indique cual y su horario)

Observaciones que desee agregar:
