**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN ESTUDIANTE MENOR**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando en calidad de responsable del menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante de la Institución Educativa Los Andes del grado\_\_\_\_\_, identificado con tarjeta de identidad No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para salir de la Institución con el fin de participar en cualquiera de los diferentes eventos correspondientes con el Servicio Social durante el presente año 2020.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco de este Proyecto Pedagógico, conociendo claramente las circunstancias que pudieran surgir durante el desarrollo de éste, cuya responsabilidad asumo enteramente.

En consecuencia soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas salidas a este Proyecto, y en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a la persona bajo mi responsabilidad o que ésta pueda causar a terceros.

En este orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Institución Educativa Los Andes, así como a sus Directivos, Docentes y Contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las salidas a los certámenes señalados.

De igual forma declaro que el estudiante a mi cargo, se encuentra en condiciones médicas, físicas y mentales aptas para asistir y participar en estos certámenes y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud del mismo.

Adicionalmente, certifico que el estudiante a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del régimen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Igualmente me comprometo, hasta donde me sea posible, asistir, hacer presencia y hacer acompañamiento del estudiante a mi cargo en este proyecto y, así mismo, me comprometo a colaborar con el desplazamiento, del estudiante a mi cargo, a estas salidas, eventos y actividades.

Se firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_de año 2020.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de quien firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No de cedula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono fijo y cel. Del quien firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono fijo y cel de contacto en caso de emergencias: Fija:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Barrio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_