

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARENTAL O DE TUTOR LEGAL PARA LOS MENORES DE EDAD



**ENCUENTRO
DIOCESANO DE
JÓVENES
2025**

DATOS PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE:	
RUT:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	
TELEFONO:	

AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR EN EL ENCUENTRO DIOCESANO DE JÓVENES, QUE SE REALIZARÁ EN LA CIUDAD DE VALLENAR EL DÍA SÁBADO 22 DE NOVIEMBRE DE 2025, DESDE LAS 09:00 HASTA LAS 18:30 HORAS.

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE:		
RUT:	EDAD:	FECHA NACIMIENTO:

DURANTE TODO EL PERÍODO DE SU PARTICIPACIÓN Y PERMANENCIA EN LA ACTIVIDAD, QUEDARÁ BAJO EL CUIDADO Y RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO DEL GRUPO, CUYO NOMBRE SE INDICA A CONTINUACIÓN:

DATOS COORDINADOR O ENCARGADO DE GRUPO

NOMBRE:
PARROQUIA, MOVIMIENTO, COLEGIO O LICEO:

ENTIENDO QUE ESTA ACTIVIDAD FORMA PARTE DEL PROCESO PASTORAL DE LA PASTORAL JUVENIL DE LA DIÓCESIS DE COPIAPÓ, Y QUE SE TOMARÁN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EL BIENESTAR Y SEGURIDAD DE LOS PARTICIPANTES.

REGLAMENTO Y AUTORIZACIONES ENCUENTRO DIOCESANO DE JÓVENES 2025



- A SU VEZ, DECLARO/DECLARAMOS QUE MI HIJO/A SABE QUE DEBE ACEPTAR Y CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD, RESPETO Y COMPORTAMIENTO QUE LE SEAN INDICADAS POR LOS RESPONSABLES DE SU GRUPO Y POR LA ORGANIZACIÓN DEL ENCUENTRO DIOCESANO DE JÓVENES, QUE SE REALIZARÁ EL 22 DE NOVIEMBRE DE 2025 EN LA CIUDAD DE VALLENAR, DESDE LAS 09:00 HASTA LAS 18:30 HORAS.
- ASIMISMO, DECLARO/DECLARAMOS SER EL/LOS TUTOR(ES) LEGAL(ES) DEL MENOR Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD POR LOS DAÑOS O PERJUICIOS QUE ÉSTE PUDIERA OCASIONAR DURANTE SU PARTICIPACIÓN EN EL ENCUENTRO, EN LOS LUGARES DONDE SE DESARROLLEN LAS ACTIVIDADES.
- LA ORGANIZACIÓN DIOCESANA Y LOS RESPONSABLES DE GRUPO QUEDAN EXENTOS DE TODA RESPONSABILIDAD FUERA DEL HORARIO ESTABLECIDO O EN SITUACIONES AJENAS A LA PROGRAMACIÓN DEL ENCUENTRO.

OTRAS AUTORIZACIONES MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE.

I. PROTECCIÓN DE DATOS Y CONFIDENCIALIDAD HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE LOS DATOS PERSONALES DE MI HIJO/A (NOMBRE, RUT, TELÉFONO, SALUD, ETC.) PARA EFECTOS DE INSCRIPCIÓN, SEGURIDAD Y ATENCIÓN DURANTE LA JORNADA.	SI
	NO
II. USO DE IMÁGENES AUTORIZO A LA PASTORAL JUVENIL DIOCESANA DE COPIAPÓ A UTILIZAR LAS IMÁGENES O GRABACIONES EN QUE APAREZCA MI HIJO/A DURANTE LAS ACTIVIDADES DEL ENCUENTRO, PARA SU DIFUSIÓN PASTORAL EN REDES SOCIALES, PÁGINAS WEB O MEDIOS INSTITUCIONALES DE LA DIÓCESIS.	SI
	NO

III. SALUD Y CUIDADOS ESPECIALES

INDIQUE SI SU HIJO/A POSEE ENFERMEDADES, ALERGIAS O CONDICIONES MÉDICAS QUE REQUIERAN CUIDADOS ESPECIALES O MEDICAMENTOS RECETADOS: SI CONTESTÓ QUE SÍ SEÑALE QUÉ MEDICAMENTOS DEBE TOMAR COTIDIANAMENTE EN SU TRATAMIENTO O QUÉ CUIDADOS NECESITA:

SI

NO

SOY/SOMOS CONSCIENTE(ES) DE QUE LOS PARTICIPANTES MENORES DE EDAD ESTARÁN BAJO EL CUIDADO Y RESPONSABILIDAD DE LOS ADULTOS ENCARGADOS DE SU GRUPO DURANTE TODA LA JORNADA, Y QUE SE TOMARÁN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA SU SEGURIDAD Y BIENESTAR.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR

FIRMA Y TIMBRE
PARROCO O DIRECTRA O DIRECTOR
DE ESTABLECIMIENTO

FIRMA
COORDINADOR(A) PASTORAL
JUVENIL

EN _____ A _____ DE _____ DEL 2025
////////////////////////////////////