Formulario de autorización

Retorno a clases presenciales

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apoderado/padre/cuidador legal del alumno de nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que asiste al nivel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de letra \_\_\_\_, autorizo al menor nombrado a asistir a clases presenciales en el Instituto Regional Federico Errázuriz.

He leído el Protocolo de Retorno a Clases Presenciales, estoy de acuerdo con las condiciones y cuidados sanitarios que dispondrá el establecimiento, y me comprometo a seguir las recomendaciones y normas sanitarias que se solicitan a los apoderados y alumnos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma apoderado