



## Vicaría de la Esperanza Joven



### Consentimiento para participar, Consentimiento para tratamiento médico de emergencia y material audiovisual para Encuentros de Oración de la Esperanza 2019

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_  
(Madre, Padre o tutor Legal) indicar Nombre y Apellido

autorizo a mi \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(hija/hijo, nieto, sobrino, etc.) (Nombre Completo del Animador o Servidor)

C.I. \_\_\_\_\_ menor de edad, a participar del Encuentro de Oración 2019 (Asesores, Animadores y Servidores) a realizarse el fin de semana entre el viernes 31 de mayo al domingo 2 de junio de 2019.

Durante este encuentro, autorizo a la señorita Paola Pérez Carvajal (C.I. \_\_\_\_\_), Enfermera, por esta vía a realizar atenciones de salud básica y de primera emergencia médica que requiera mi hija/hijo o menor que estoy autorizando.

En el caso de una emergencia de mayor complejidad autorizo para evaluar y comunicarse conmigo para trasladar en compañía permanente a mi hija/hijo \_\_\_\_\_ a un centro de asistencia  
(nombre del Animador o Servidor)  
médica para obtener las atenciones adecuadas.

En caso de emergencia llamar a:

Nombre del contacto 1	Número de Celular	Número teléfono fijo
Nombre del contacto 2	Número de Celular	Número teléfono fijo

El Encuentro a realizar registra fotografías y archivos audiovisuales de las actividades realizadas, por lo que su hijo aparecerá en ellas. Solicitamos a ustedes autorizar a la VEJ la utilización de estos registros con fines evangelizadores, promocionales, formativos e informativos.

\_\_\_\_\_  
Firma Animador de la Esperanza/  
Servidor de la Esperanza

\_\_\_\_\_  
Firma Adulto Responsable