



Ibagué, Enero de 2019

**AUTORIZACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ por medio de la presente y en calidad de acudiente, autorizo al menor \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ para que:

1. Participe en el programa **Tecnoacademia** perteneciente al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en la jornada de la Mañana \_\_ Tarde\_\_, en el Centro de Industria y Construcción, sede Picalaña, durante el año lectivo de 2019.

2. Sea usado su nombre, imagen, video, declaraciones testimoniales y fotografías, por el SENA y/o Tecnoacademia, para los exclusivos efectos de emitir, publicar, divulgar, promocionar y reproducir en redes sociales, medios impresos, electrónicos y/o cualquier otro medio de divulgación existente o por inventarse, en cualquier lugar del mundo; para los fines promocionales e informativos que el programa Tecnoacademia estime convenientes.

Declaro que conozco que el propósito del material autorizado, es divulgar las actividades educativas, investigativas, culturales y promocionales, por lo que su divulgación no tendrá otro uso diferente.

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS PADRES DE FAMILIA/ACUDIENTE DEL APRENDIZ TECNOACADEMIA**

**EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE DEBA TENER ESPECIAL CUIDADO:**

**FARMACOLÓGICOS:** SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**CUAL (ES):** \_\_\_\_\_

**ALÉRGICOS:** SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**CUAL (ES):** \_\_\_\_\_

**TOMA ALGÚN MEDICAMENTO PERMANENTE:** SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**CUAL (ES):** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

Nota: La Tecnoacademia no podrá suministrar ningún tipo de medicamento sin prescripción médica. (Decreto 2200 del 28 de junio 2005). El servicio de enfermería se limita a la prestación de una primera asistencia en caso de enfermedad repentina, accidente o situación de emergencia. Quien registre esta ficha clínica declara que la información es completa y correcta. En caso de omitir información RELEVANTE para la TecnoAcademia, esto lo libera de cualquier responsabilidad.

**FIRMA RESPONSABLE/ACUDIENTE DEL APRENDIZ TECNOACADEMIA**

C.C. \_\_\_\_\_