**FORMATO N° 4**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

**DESIGNACIÓN DE APODERADOS**

*(Llenar con letra clara y legible)*

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de madre/padre de familia del estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_\_\_ años de edad; quien es estudiante del Colegio de Alto Rendimiento (COAR) de la región \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DESIGNO COMO APODERADOS a las siguientes personas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **APODERADO N° 1** | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | |
| DNI (adjuntar copia de DNI): | Teléfono fijo del apoderado: | | Teléfono celular del apoderado: | |
| Grado de parentesco con el estudiante: |  | | | |
| Grado de parentesco con el padre/madre de familia: |  | | | |
| Dirección del domicilio: |  | | | |
| Referencias del domicilio |  | | | |
| **APODERADO N° 2** | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | |
| DNI (adjuntar copia de DNI): | | Teléfono fijo del apoderado: | | Teléfono celular del apoderado: |
| Grado de parentesco con el estudiante: | |  | | |
| Grado de parentesco con el padre/madre de familia: | |  | | |
| Dirección del domicilio: | |  | | |
| Referencias del domicilio: | | | | |

Quienes, en mi representación pueden realizar las siguientes acciones:

1. Recoger y acompañar en el ingreso a mi menor hijo (a) durante los fines de semana y/o feriados, en los horarios establecidos por el Colegio de Alto Rendimiento de la región \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Acompañar, a mi menor hijo (a) en casos de emergencias médicas, tratamientos y/o rehabilitaciones, toma de exámenes clínicos, así como cualquier otra indicación y/o recomendaciones dadas por el médico u otro profesional de la salud tratante.
3. Recoger la boleta de notas.
4. Proporcionar al COAR los bienes de aseo personal que requiere mi hijo (a).
5. Asistir a las reuniones, talleres, encuentros familiares u otras actividades programadas por el Colegio de Alto Rendimiento.
6. Realizar otros trámites relacionados con la educación de mi hijo (a).

Estando conforme con lo antes señalado, procedo a firmar el presente documento.

Atentamente

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

**(Nombre del padre/madre de familia)**  **(Firma)**

Huella Digital

**Nota: Se debe adjuntar copia de los DNI de las personas designadas como apoderadas y legalizar el documento con un notario.**