



## **“COLEGIO DE ASÍS”**

---

### **TOMA DE CONOCIMIENTO**

### **CLASES DE EDUCACION FISICA**

En Maipú, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_, mediante el presente documento,  
Yo \_\_\_\_\_ Rut N° \_\_\_\_\_,  
en mi calidad de \_\_\_\_\_ (relación con el alumno), apoderado conocedor del  
estado de salud de mi hijo (a) \_\_\_\_\_, del curso  
\_\_\_\_\_ 2021, autorizo la realización de las clases de Educación Física ,  
actividades deportivas y/o actividades extracurriculares, asumiendo la responsabilidad de  
entregar el Certificado médico que exige el “Colegio de Asís”, en el menor plazo posible para  
comprobar el óptimo estado de salud de mi pupilo.

Me comprometo a entregar la Certificación médica correspondiente en el transcurso del año, si  
una nueva condición de mi pupilo se presentara.

Nombre: Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut N°: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_