



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 estudiante), conocedor del estado
de salud de mi hijo (a) _____, del curso
_____ 2026, 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”, especificado en Reglamento de
Convivencia, 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: _____