



Academia CrossBOX Niños

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE RETIRO

Academia CrossBOX Niños (8 a 12 años)

Yo, _____
Nombre y apellido del padre/madre/tutor

C.I. N° _____

En calidad de responsable legal del menor:

Nombre y apellido del niño/a: _____

Edad: _____

C.I. (si corresponde): _____

Declaro haber leído el documento “Programa Academia CrossBOX Niños”, comprendiendo:

- El carácter formativo y no competitivo de la actividad.
- Que no se realizan combates ni contacto entre alumnos.
- El encuadre institucional, normas y reglas del espacio.
- El protocolo de supervisión y seguridad.
- El sistema de transmisión privada durante el horario de clase.

Asimismo, presto conformidad para que el/la menor participe de la actividad bajo las condiciones allí detalladas.



Autorización de retiro

Autorizo a retirar al menor exclusivamente a las siguientes personas:

1. Nombre y apellido: _____
C.I. N°: _____
2. Nombre y apellido: _____
C.I. N°: _____
3. Nombre y apellido: _____
C.I. N°: _____

Declaro que el menor no podrá retirarse solo ni con personas no informadas previamente por escrito.

Autorización de imagen (transmisión privada)

☐ Autorizo la captación de imagen del menor exclusivamente para transmisión privada durante el horario de clase.

☐ No autorizo la captación de imagen.

(El acceso será restringido a las familias del grupo y no tendrá fines comerciales.)

Declaro que el menor se encuentra apto para realizar actividad física y que informaré cualquier condición médica relevante.

Firma del responsable: _____

Aclaración: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____