

**AUTORIZACION INGRESO  
MENOR DE EDAD**

FECHA \_\_\_\_\_

**SEÑORES**

**VITAL HEALTH**

YO, \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANIA NUMERO \_\_\_\_\_ **AUTORIZO BAJO MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD** EN CALIDAD DE PADRE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO(A) CON TARJETA DE IDENTIDAD NUMERO \_\_\_\_\_ PARA QUE PARTICIPE DE LAS INSTALACIONES Y ACTIVIDADES DEL CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO **VITAL HEALTH** Y SOY CONCIENTE DE LOS RIESGOS DE CONTAGIO QUE ESTA EXPUESTO POR EL COVID 2019, TAMBIEN DOY LA CERTEZA QUE SEGUIRA TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE DEBE REALIZAR TANTO EN EL CAF VITAL HEALTH COMO FUERA DE EL.

-----

FIRMA

CC \_\_\_\_\_ CEL \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_