



## CAMPAMENTOS DE VERANO PERMISO DE ASISTENCIA

Yo ..... Padre/Madre/Apoderado del(a) menor ..... otorgo el permiso correspondiente a fin de que asista a la semana de campamento, comprendida desde el ..... al ..... del mes de ..... del 20..

Declaro bajo juramento, que mi hijo/hija/hijos no presenta en el momento actual síntomas respiratorios compatibles con la COVID-19 y que no ha estado expuesto a personas con la enfermedad o con síntomas en los últimos 14 días.

SIGNO/SÍNTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del olfato o gusto		
Fiebre o sensación de alta térmica		
Dolor de garganta o muscular		
Está tomando alguna medicación		
Tos, estornudos o dificultad para respirar		
Expectoración o flema amarilla o verdosa		

Entendiendo, que en caso el niño/niña presente síntomas durante su estadía se me comunicará oportunamente y será puesto en un espacio separado temporalmente, hasta que pueda recogerlo.

Entiendo que en caso de otro tipo de enfermedad y/o accidente durante su estadía en el campamento, la institución le brindará la atención de salud preventiva y PRIMEROS AUXILIOS, la misma que consiste en el traslado a la posta médica de Picapiedra o Pachacámac, según sea el caso, siendo de **mi exclusiva responsabilidad**, su posterior traslado, a otro Centro Médico y tratamiento correspondiente, exonerando a BCM Perú, de todo compromiso económico y/o responsabilidad.

En conformidad de lo antes expresado firmo este permiso

..... /..... /.....  
Firma Fecha

DNI: ..... Celular: .....  
Correo electrónico: .....



## CAMPAMENTOS DE VERANO PERMISO DE ASISTENCIA

Yo ..... Padre/Madre/Apoderado del(a) menor ..... otorgo el permiso correspondiente a fin de que asista a la semana de campamento, comprendida desde el ..... al ..... del mes de ..... del 20..

Declaro bajo juramento, que mi hijo/hija/hijos no presenta en el momento actual síntomas respiratorios compatibles con la COVID-19 y que no ha estado expuesto a personas con la enfermedad o con síntomas en los últimos 14 días.

SIGNO/SÍNTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del olfato o gusto		
Fiebre o sensación de alta térmica		
Dolor de garganta o muscular		
Está tomando alguna medicación		
Tos, estornudos o dificultad para respirar		
Expectoración o flema amarilla o verdosa		

Entendiendo, que en caso el niño/niña presente síntomas durante su estadía se me comunicará oportunamente y será puesto en un espacio separado temporalmente, hasta que pueda recogerlo.

Entiendo que en caso de otro tipo de enfermedad y/o accidente durante su estadía en el campamento, la institución le brindará la atención de salud preventiva y PRIMEROS AUXILIOS, la misma que consiste en el traslado a la posta médica de Picapiedra o Pachacámac, según sea el caso, siendo de **mi exclusiva responsabilidad**, su posterior traslado, a otro Centro Médico y tratamiento correspondiente, exonerando a BCM Perú, de todo compromiso económico y/o responsabilidad.

En conformidad de lo antes expresado firmo este permiso

..... /..... /.....  
Firma Fecha

DNI: ..... Celular: .....