



## FUNDACIÓN EDUCATIVA SANTIAGO APOSTOL DE FONTIBÓN

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESENCIALIDAD EN ALTERNANCIA

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

Nosotros, \_\_\_\_\_ mayor de edad, con documento de identificación No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, y, \_\_\_\_\_ mayor de edad, con documento de identificación No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ domiciliados de manera principal en la ciudad de \_\_\_\_\_, en calidad de representantes legales del/la estudiante \_\_\_\_\_ del grado \_\_\_\_\_ perteneciente al colegio \_\_\_\_\_.

**MANIFIESTAMOS QUE:**

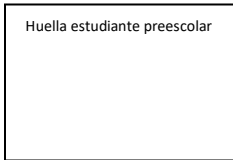
1. Fuimos informados que por disposición Nacional la institución educativa iniciará Presencialidad en alternancia para la prestación del servicio educativo bajo los parámetros establecidos para ello, y que se pueden producir modificaciones sin previo aviso de acuerdo a nuevas disposiciones distritales o nacionales, de igual manera, aquellas relacionadas con la activación de protocolos de Bioseguridad por parte de la institución.
2. Conocemos los protocolos de bioseguridad que la Institución Educativa ha socializado y adoptado para prevenir y mitigar el contagio del Covid-19 de los integrantes de la comunidad educativa, a los cuales puedo acceder en cualquier momento a través de la página web de la institución.
3. Se nos informó que existe un riesgo en la Presencialidad en alternancia a pesar de la activación de protocolos por parte de la institución, dadas las formas de contagio y las características del virus COVID 19, por cuanto si bien es cierto las medidas acogidas mitigan no impiden absolutamente el contagio.
4. Asumimos el compromiso de cumplir con todas las obligaciones estipuladas en el protocolo de bioseguridad, así como exigir el cumplimiento por parte de nuestro representado, no solo dentro de la institución sino también en el lugar de vivienda.
5. Asumimos el compromiso de informar al respecto de factores de riesgo y/o comorbilidades de nuestro representado de manera inmediata y por escrito a la institución, así como cualquier síntoma, así sea leve, de salud o riesgo (contacto estrecho o potencial situación asintomática) que se relacione con el virus COVID 19 y pueda ser alarma para el núcleo familiar y a la comunidad educativa.
6. Aceptamos que si alguna situación hace imposible que nuestro representado reciba el servicio educativo de manera presencial en alternancia, de común acuerdo se definan las condiciones más favorables para garantizar la efectiva prestación del servicio educativo.
7. Sabemos de la obligación de entregar el respectivo certificado médico para la Presencialidad en alternancia de nuestro representado en el caso de presentar alguna comorbilidad y asumimos la responsabilidad que ello pueda conllevar.

Una vez recibida la adecuada y suficiente información la cual ha sido comprensible, clara, suficiente, veraz, integral y oportuna, de igual manera, se nos ha señalado las diferentes opciones, perspectivas favorables y desfavorables, aunado a que conocemos la responsabilidad que tenemos como núcleo familiar,

**DECLARAMOS** de manera libre, voluntaria y espontanea  SI  NO autorizamos el retorno a la presencialidad en alternancia de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, quien es nuestro representado, así mismo expresamos que conocemos de la posibilidad que tenemos de modificar la presente decisión en cualquier momento con la obligación de informar de manera formal y escrita a la institución, la cual siendo el caso de autorización se encontrará sujeta a las indicaciones institucionales.

De igual manera, Yo \_\_\_\_\_ estudiante del grado \_\_\_\_\_ recibí la explicación del proceso que seguiré para la Presencialidad en Alternancia y estoy de acuerdo con la decisión tomada por mis representantes legales, así como de mis deberes frente a ello.

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Firma del representante legal: \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Firma del niño(a)- adolescente: \_\_\_\_\_



Observaciones: En caso de no estar de acuerdo con iniciar el proceso de Presencialidad en alternancia en el colegio, explique en este espacio sus razones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordinador \_\_\_\_\_ Representante legal del Estudiante \_\_\_\_\_