



FUNDACIÓN EDUCATIVA SANTIAGO APÓSTOL DE FONTIBÓN NIT. 900750765-8.

Bogotá, _____ (FECHA) _____

Señores

COLEGIO PARROQUIAL _____ (NOMBRE DEL COLEGIO) _____

Ciudad, Bogotá.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN CALIDAD DE ACUDIENTE.

Por medio de la presente los abajo firmantes en calidad de padres y representantes legales del menor, _____ (NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE) estudiante de la institución educativa _____ (NOMBRE COMPLETO DEL COLEGIO), quien en el año 2025 cursará el grado _____ (N°) AUTORIZAMOS a _____ (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA ACTUAR EN CALIDAD DE ACUDIENTE), persona mayor de edad, identificado (a) con CC. No. _____ (N° DOCUMENTO ACUDIENTE AUTORIZADO) cuyo parentesco es _____ (QUE ES LA PERSONA DEL ESTUDIANTE), para que actúe en calidad de acudiente de nuestro representado, en todas las situaciones en que sea requerida nuestra presencia, excepto en aquellas donde directamente seamos citados por las directivas de la institución, frente a las cuales de manera expresa reconocemos que a quien autorizamos como acudiente no puede comparecer. Expresamos desde este momento que es de nuestra única y estricta responsabilidad asumir y conocer toda situación en torno al contrato académico del estudiante.

Al pie de la firma, registramos y autorizamos para su uso y notificación datos personales de contacto.

De igual manera, nos comprometemos a notificar oportunamente y de forma verbal y/o escrita al Colegio la revocación de la presente autorización.

En constancia firman,

Datos del Padre:

Firma: _____
Nombre: _____
C.C. No. _____
Telefono: _____
Correo: _____

Datos de la Madre:

Firma: _____
Nombre: _____
C.C. No. _____
Telefono: _____
Correo: _____

Acudiente (autorizado):

Firma: _____
Nombre: _____
C.C. No. _____
Parentesco: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

www.fesa.edu.co
Carrera 98 No. 17ª – 19 Bogotá, D.C
Tels. 601 3002889.