



IMDRES
Deporte, recreación y cultura de Silvanía

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMAS DE DEPORTE Y CULTURA

Yo: Timothá Uehlinger mayor de edad
identificado (a) con cédula de ciudadanía Número: 828871 Autorizo al
menor Eliam Uehlinger León Identificado (a) con tarjeta de identidad No.
1.126.101010 a participar en la escuela de formación de acordeón

Institución educativa Victoria Alta grado escolar 3 Discapacidad Si No
Tipo de discapacidad: _____

1. Participar como alumno de las escuelas de formación, dirigidas al proceso de formación integral y bienestar del menor de edad que represento bajo el presente documento.
2. Participar como deportista y artista en las competencias deportivas y culturales, dirigidas al bienestar del menor de edad que represento bajo el presente documento y que son promovidas por el INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE, LA RECREACION Y LA CULTURA DE SILVANIA al cual está inscrito.
3. Participar en la elaboración de datos e imágenes (VIDEOS Y/O FOTOGRAFÍAS) del estudiante que represento bajo el presente documento, para publicar y promover en medios de comunicación (los derechos de imágenes durante su participación en festivales, eventos, u otras actividades son propiedad de IMDRES Y CULTURA DE SILVANIA).
4. En caso de lesión, accidente o urgencia médica durante su práctica deportiva y cultural, evento o competencia en la cual participe mi representado, doy mi consentimiento para que realicen los procedimientos invasivos necesarios en aras de proteger la integridad física y de salud del deportista.
5. Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para el IMDRES Y CULTURA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre al IMDRES Y CULTURA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).
6. En calidad de padre, madre y/o tutor responsable asumo el compromiso de asistir y hacer acompañamiento en los horarios diurnos o nocturnos, establecidos en la disciplina deportiva en la cual estoy autorizando la inscripción, de igual forma asistir a actividades y/o reuniones propuestas por la administración municipal.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en totalidad el presente documento y estoy en acuerdo:

Timothá Uehlinger
Padre, Madre y/o Tutor
CE: 828871



IMDRES
Deporte, recreación y
cultura de Silvania

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLÓGICO

Yo: Timothée Uehlinger mayor de edad,
identificado con cédula de ciudadanía Número: 828871 de: Bogotá
extranjera celular: 3807806603
de residencia: Finca Chiguacá, Vereda Victoria Alta del
municipio: Silvania en mi
calidad de representante legal del (la) menor de edad Eliam Uehlinger León
Identificado (a)
con documento de identidad No. 1.126.101.010, quien
tiene 9 años, por el presente escrito autorizo el desarrollo del proceso de atención psicosocial, el cual
será direccionado bajo los siguientes parámetros:

- A. Menores en edad escolar.
- B. Acercamiento por medio de entrevistas y observación, para obtener información sobre el(la) menor.
- C. Permitir la toma de fotografías y videos, durante el tiempo que sea necesario para la realización del proceso.
- D. Los registros e información recolectada serán utilizados con total confidencialidad, y dicha información será utilizada durante el desarrollo del proceso, para fines exclusivamente laborales y profesionales, y su nombre, datos e información personal, no aparecerán en informes institucionales, ni será publicado por ningún medio de comunicación.
- E. Diligenciar los formatos y consentimientos, requeridos por el profesional de la salud mental.
- F. Riesgos de participar en las actividades: NO se conocen riesgos físicos ni mentales, que afecten su integridad.

Me comprometo ante el IMDRES y CULTURA encargados del proceso de formación deportiva y cultural del alumno que represento mediante el presente documento, a mantener una comunicación asertiva con el(la) profesional de la salud mental, asignado(a) por estas Instituciones, que me permita conocer de manera constante y oportuna el proceso que se adelanta con mi representado; así como también me comprometo a asistir a los talleres, reuniones de padres y/o tutores que sean convocadas por estas Instituciones o por el(la) profesional de la salud mental, asignado(a).

Cabe aclarar que la información recolectada será utilizada con fines laborales y profesionales, teniendo en cuenta el código ético y deontológico del Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic). Si está de acuerdo con la misma y considera que no se vulnera la Ley 1581 de 2012 (Ley de Protección de Datos personales) por favor proceda a firmar.

INFORMACIÓN, ACEPTACIÓN, AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

Timothée Uehlinger

FIRMA PADRE, MADRE DE FAMILIA
Y/O ACUDIENTE

CE: 828871



IMDRES
Deporte, recreación y cultura de Silvanía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLÓGICO

Yo: Timothé Uehlinger mayor de edad
 identificado con cédula de ciudadanía Número: CE828877 de: Bogotá
 celular: 3007806603
 con dirección de residencia: Finca Chinguaquí, Victoria Alta del municipio: Silvanía en mi calidad de representante legal del (la) menor de edad Antay Uehlinger León Identificado (a) con documento de identidad No. 1.069.773727, quién tiene 5 años, por el presente escrito autorizo el desarrollo del proceso de atención psicosocial, el cuál será direccionado bajo los siguientes parámetros:

- A. Menores en edad escolar.
- B. Acercamiento por medio de entrevistas y observación, para obtener información sobre el(la) menor.
- C. Permitir la toma de fotografías y videos, durante el tiempo que sea necesario para la realización del proceso.
- D. Los registros e información recolectada serán utilizados con total confidencialidad, y dicha información será utilizada durante el desarrollo del proceso, para fines exclusivamente laborales y profesionales, y su nombre, datos e información personal, no aparecerán en informes institucionales, ni será publicado por ningún medio de comunicación.
- E. Diligenciar los formatos y consentimientos, requeridos por el profesional de la salud mental.
- F. Riesgos de participar en las actividades: NO se conocen riesgos físicos ni mentales, que afecten su integridad.

Me comprometo ante el IMDRES y CULTURA encargados del proceso de formación deportiva y cultural del alumno que represento mediante el presente documento, a mantener una comunicación asertiva con el(la) profesional de la salud mental, asignado(a) por estas Instituciones, que me permita conocer de manera constante y oportuna el proceso que se adelanta con mi representado; así como también me comprometo a asistir a los talleres, reuniones de padres y/o tutores que sean convocadas por estas Instituciones o por el(la) profesional de la salud mental, asignado(a).

Cabe aclarar que la información recolectada será utilizada con fines laborales y profesionales, teniendo en cuenta el código ético y deontológico del Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic). Si está de acuerdo con la misma y considera que no se vulnera la Ley 1581 de 2012 (Ley de Protección de Datos personales) por favor proceda a firmar.

INFORMACIÓN, ACEPTACIÓN, AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

Timothé Uehlinger

**FIRMA PADRE, MADRE DE FAMILIA
Y/O ACUDIENTE**

cc: 828877