

 UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS Instituto de Lenguas de la Universidad Distrital	FORMATO DE AUTORIZACIÓN SALIDA DEL ESTUDIANTE SIN ACUDIENTE	Versión: 02
	Programas de formación en educación para el trabajo y desarrollo humano	Fecha de Aprobación: 01/03/2018

Bogotá D.C., Día _____ Mes _____ Año _____

Por medio de la presente, yo _____, identificado con
cédula de ciudadanía número. _____ de _____; **autorizo** para que mi(s) hijo(s):

_____, identificado(a) con D.I _____,

_____, identificado(a) con D.I _____,

_____, identificado(a) con D.I _____,

Se pueda(n) retirar de las instalaciones del Instituto de Lenguas de la Universidad Distrital (ILUD) al finalizar las clases, sin acompañamiento del suscrito representante legal y/o o acudiente; durante el tiempo que permanezca activo como estudiante del Instituto.

Con la presente autorización, asumo y exonero al Instituto de Lenguas de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas - ILUD de cualquier tipo de responsabilidad civil, contractual y/o extracontractual que se origine o que afecte su integridad física, moral y/o psicológica a la que eventualmente se pueda exponer mi hijo, menor de edad.

Esta autorización tiene validez por un año en el evento en que se presente cualquier novedad que pueda modificar la presente autorización, me comprometo a reportar oportunamente.

En el evento de ser acudiente deberá allegar autorización expresa suscrita por el representante legal del menor donde se autorice actuar como acudientes.

Declaro que bajo la gravedad de juramento que la información aquí registrada goza de toda veracidad

Cordialmente;

Firma del padre de familia

Nombre completo: _____

Documento de identidad: _____

Celular: _____

Correo electrónico : _____

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
PROYECTO	Carolina Clavijo	CPS – Gestión de Calidad ILUD	ORIGINAL FIRMADO
REVISÓ	Alix Adriana Lozano Rondón	CPS – Jurídica ILUD	
APROBO	Sandra Bibiana Cáceres Rueda	Directora ILUD	