**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE LA PRESENCIALIDAD BAJO EL MODELO DE ALTERNANCIA EN EL JARDÍN INFANTIL CARRUSEL DE IDEAS**

Familias, estamos felices de contar con el aval de la Alcaldía Municipal de Pereira para iniciar de manera presencial bajo el modelo de alternancia y al mismo tiempo somos muy conscientes de la gran responsabilidad que esto implica. Por eso, seremos muy rigurosos con el cumplimiento de nuestros protocolos de bioseguridad y esperamos contar con su apoyo para construir un entorno seguro para todos. Por favor diligencie el presente consentimiento con el fin de autorizar el inicio de la prestación del servicio educativo de manera presencial para su hijo o hija.

Yo **(Nombre de la mamá o del papá)** identificado o identificada con C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a que mi hijo o mi hija **(nombre del niño o niña)** de **(número de años)**, inicie actividades de manera presencial en el Jardín Infantil Carrusel de Ideas a partir de **(fecha de inicio programada).**

Como padre o madre de familia, me comprometo a cumplir y apoyar los protocolos establecidos y los esfuerzos realizados por la institución para construir entre todos y para todos, un entorno seguro: Si \_\_\_ No \_\_\_

Me comprometo a estar en permanente comunicación con la institución educativa y dar a conocer con la mayor prontitud cualquier síntoma respiratorio, gastrointestinal o de fiebre en mi hijo o hija o personas con quienes haya compartido en los últimos días, siendo responsable con todas las familias que envían también sus hijos e hijas al jardín: Si \_\_\_ No \_\_\_

Soy consciente de que, aún tomando todas las medidas pertinentes, al iniciar con la presencialidad bajo el modelo de alternancia, existe el riesgo de contagio de coronavirus y exonero de toda responsabilidad al Jardín Infantil Carrusel de Ideas en caso de presentarse algún contagio: Si \_\_\_ No \_\_\_

Dejo constancia de que estoy haciendo uso de este servicio para mi hijo o hija de manera voluntaria: Si \_\_\_ No \_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE APELLIDO DE ACUDIENTE**