



COLEGIO SANTA ÚRSULA
VITACURA

Santiago, 9 noviembre de 2011

Estimados Papás:

Entre el 30 de noviembre y el 2 de diciembre, las alumnas de 7º básico irán de paseo a un camping en el **Parque Nacional La Campana**, lugar ubicado en la V región a 160 km de Santiago, comuna de Olmué.

Esta actividad extraprogramática tiene un carácter formativo y recreativo a la vez, constituyendo parte del proyecto educativo de nuestro colegio. Su finalidad es lograr una sana convivencia en contacto con la naturaleza desarrollando valores como compañerismo, servicio, trabajo en equipo, respeto, cooperación, capacidad de asombro y goce, entre otras.

Los cursos saldrán el miércoles 30 a las 8.00 hrs. y regresarán el viernes 2 a las 16.00 hrs., aproximadamente. Irán acompañados por sus profesoras jefes Magdalena Amenábar y Paulina Feliú y por Blanca Besa y otra profesora por confirmar. Además contamos con el apoyo de seis guías de Lalitud 90, quienes además están a cargo de la organización del paseo.

Para participar en esta excursión cada alumna deberá cancelar un valor total de **\$45.000**, lo que incluye traslado, alojamiento, alimentación y materiales necesarios para el camping. Esta suma debe ser entregada a la profesora jefe antes del viernes 25 de noviembre en un sobre con el nombre de la alumna y su curso. Si se cancela con cheque, hacerlo a nombre de **Colegio Santa Úrsula**.

Esperando contar con su confianza y apoyo, les saluda atentamente,

La Dirección

Autorizo a mi hija: _____ participar en la expedición
Parque Nacional La Campana

Firma Apoderado



Ficha de Salud

Nombre Alumno (a): Curso:

Fecha de Nacimiento: Edad: Rut:

Dirección:

Fono Casa: Fono Oficina Celular.....

Correo electrónico: (apoderado)

Correo electrónico: (alumno, a)

Formulario de Información

Estimados Padres:

A continuación señale toda la información relevante respecto de la salud de su hijo(a).

1. Alergias
.....
2. Enfermedades
.....
.....
3. Medicamentos
.....
(Que deben ser tomados por receta médica)
4. Sistema de salud
(Si está afiliado a algún seguro médico escolar y con que clínica)
5. Grupo de sangre
6. Restricciones alimenticias.....
.....

Observaciones Generales

A continuación señale cualquier aspecto general referido a la salud de su hijo, que usted estime oportuno comunicarnos para tener presente durante el desarrollo del programa.

.....
.....

Firma la presente información:

Nombre Apoderado:

Firma: Fecha: