



## INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ACADEMIAS ACLE 2025

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a

**(Nombre del apoderado)**

mi hijo (a) y/o pupilo (a) \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**(Nombre del apoderado)**

**(Curso)**

a participar del taller y/o academia de \_\_\_\_\_, a realizarse en los días y horarios

**(Nombre de la academia)**

establecidos y entregados junto con la autorización.

\_\_\_\_\_  
**Firma de apoderado**

**Nota: Puntualidad en el ingreso y retiro de**

**los estudiantes, según el horario correspondiente. Cualquier duda enviar correo a, [coordinacionacles@sscclaserena.cl](mailto:coordinacionacles@sscclaserena.cl)**

**Atentamente.**

**Cristián Espinoza M.**

**Coordinador ACLE**

**Colegio Sagrados Corazones**