



AUTORIZACIÓN DE CONTENCIÓN FÍSICA

Identificación del(la) estudiante.	
Nombre completo:	
RUT:	
Fecha de nacimiento:	
Edad al 31 de marzo:	
Curso:	
Profesor jefe:	

Identificación del(la) apoderado(a).	
Nombre apoderado(a):	
Número de contacto:	
Apoderado(a) suplente:	
Número de contacto:	

Contención física:
El(la) apoderado(a), ¿Autoriza realizar contención física a el(la) estudiante? *El(la) apoderado(a) debe registrar de puño y letra. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre: _____ RUT: _____ Firma: _____

*Esta contención tiene el objetivo de inmovilizar a él(la) estudiante para evitar que se produzca daño a sí mismo o a terceros, por lo que se recomienda realizarla solo en caso de extremo riesgo para el(la) estudiante o para otras personas de la comunidad educativa. Su realización será efectuada por un(a) profesional capacitado que maneje las técnicas apropiadas: acción de mecedora, abrazo profundo y solamente cuando el(la) estudiante dé indicios de aceptarla.