

ANEXO 6

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a....., DNI N°....., domiciliado en la calle..... de la localidad de, T.E....., que concurre al Establecimiento Educativo **Nº 5365** del distrito **PILAR** a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional **INSTITUTO FEDERICO DICKENS** a realizarse en la localidad de el/los días del mes de del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamental al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar y fecha: Del Viso, De De

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N°:

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

ANEXO 7

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS/SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha...../...../.....

Apellido y Nombres del Alumno

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Dirección.....Teléfono:

Lugar a viajar:

1. ¿Es alérgico? SI NO (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿A qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (.....)

b) Fracturas o esguinces (.....)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (.....)

d)Otras:.....

3. ¿Está tomando alguna medicación? SI NO (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál?.....

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario debo conocer el personal médico y docente a cargo:.....

5. ¿Tiene Obra Social? SI NO (Tachar lo que no corresponda) En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con el carnet o copia del carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a en a los Días del mes de del año, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o
Representante Legal

Aclaración de la firma

AUTORIZO A MI HIJO/AA REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES
ESPECIALES.

FIRMA:..... ACLARACIÓN:.....

DNI:.....