

AUTORIZACIÓN DE RETIRO 2025

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE NOTIFICO QUE MI HIJA/O:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
AÑO: _____ SE RETIRA: (Marcar con una X) TRANSPORTE ESCOLAR _____ CON EL PADRE
_____ CON LA MADRE _____ OTROS _____

APELLIDO NOMBRE MADRE: _____ DNI: _____
MAIL: _____ DIRECCIÓN: _____

APELLIDO NOMBRE PADRE: _____ DNI: _____
MAIL: _____ DIRECCIÓN: _____

POR FAVOR CONSIGNAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PERSONAS QUE ESTÁN AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJA/O.

APELLIDO Y NOMBRE	CELULAR/TEL	DNI	VINCULO

FECHA: _____ FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS 2025

Por la presente, Autorizo **SI - NO** a que mi hijo/a _____,
quien cursa _____ año turno mañana en el Nivel Primario del Colegio Nueva Era de
Hurlingham D. 3617, pueda aparecer en la Página Web, Fan Page (de Facebook) e Instagram
del Colegio, como también dentro de la Plataforma Santillana Compartir, posibilitando la
muestra de las distintas actividades, actos, encuentros, salidas, etc. que se realizan en nuestra
Institución o fuera de ella bajo el nombre de la misma.

FECHA: _____ FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____ DNI: _____

FICHA DE SALUD – Colegio Nueva Era 2025

APELLIDO Y NOMBRE:

_____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ TELÉFONOS DE

URGENCIAS: _____ EDAD: _____ CURSO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: Tachar lo que no corresponda Es alérgico? SI - NO A

qué? _____ Si es alérgico a algún medicamento? Especifique cuál:

_____ ¿Presenta alguna afección cardíaca? SI - NOCuál: _____

Presenta alguna afección respiratoria? SI - NOCuál: _____ ¿Se encuentra

realizando algún tratamiento? SI - NOCuál: _____ Ha sufrido en los últimos 30

días: Procesos inflamatorios: SI - NO En dónde? _____ Fracturas o esguinces: SI -

NO En dónde? _____ Enfermedades infecto-contagiosas SI - NOCuál:

_____ ¿Toma algún medicamento? SI - NOCuál: _____

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesaria deban conocer el personal médico, directivos y profesor a cargo:

¿Tiene Obra Social? SI - NO Nombre de la Obra Social: _____ Nº de Carnet:

_____ Plan: _____

AUTORIZO POR LA PRESENTE A ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS.

Apto Físico Médico Por intermedio de la presente, dejo constancia que el alumno/a:

_____ DNI:

_____ quien cursará durante el ciclo lectivo 20__ en el curso: _____ Año EP.

del Colegio Nueva Era D. 3617, se encuentra _____ físicamente,

para realizar las respectivas actividades deportivas, a desarrollarse en nuestra institución y/o en nombre de ella.

Firma y Sello del Profesional

Lugar y Fecha: _____

Observaciones:

