

## AUTORIZACIÓN DE RETIRO



POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE NOTIFICO QUE MI HIJA/O

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

SE RETIRA: (Marcar con una X)

SOLO \_\_\_\_\_ EN MICRO \_\_\_\_\_ CON EL PAPÁ \_\_\_\_\_ CON LA MAMÁ \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

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

APELLIDO: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

---

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE FOTO Y VIDEO

Por la presente, Autorizo SI – NO (tache lo que No corresponda) 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, mediante la toma de una fotografía, video alusivo, o video en una actividad específica notificada la misma debidamente.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

# FICHA DE SALUD



## Jardín La Rana Juana – Colegio Nueva Era

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO 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 - NO Cuál: \_\_\_\_\_

Presenta alguna afección respiratoria? SI - NO Cuál: \_\_\_\_\_

Se encuentra realizando algún tratamiento? SI - NO Cuál: \_\_\_\_\_

#### **Ha sufrido en los últimos 30 días:**

Procesos inflamatorios: SI - NO En dónde? \_\_\_\_\_

Fracturas o esguinces: SI - NO En dónde? \_\_\_\_\_

Enfermedades infecto-contagiosas SI - NO Cuál: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento? SI - NO Cuál: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ N° de Carnet: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

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

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_



## Anexo II

### Departamento de Educación Física

**Nota:** En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems de la planilla deberá presentar, SIN EXCEPCIÓN, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando EXPRESAMENTE si el alumno se encuentra capacitado/a o no para efectuar actividad física. Cuando sobrevenga alguna de las enfermedades mencionadas u otra de cualquier naturaleza me comprometo a informar de inmediato por medios fehacientes.

Por la presente, el/la que suscribe \_\_\_\_\_

Padre, Madre o tutor del alumno/a \_\_\_\_\_

del Colegio Nueva Era – Colegio San Diego que cursa el \_\_\_\_\_ año, tomo conocimiento y autorizo expresamente para que el alumno/a citado/a precedentemente realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes durante el año en curso \_\_\_\_\_.

	SI	NO
a) Se encuentra padeciendo: Procesos inflamatorios o infecciones	_____	_____
b) Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
Metabólicas: diabetes, tiroides, etc.	_____	_____
Cardiopatías congénitas	_____	_____
Cardiopatías infecciosas: fiebre reumática etc.	_____	_____
c) Ha padecido en fecha reciente:		
Hepatitis (60 días)	_____	_____
Sarampión (30 días)	_____	_____
Parotiditis (30 días)	_____	_____
Esguince o luxación de tobillos, hombros, etc.	_____	_____
d) Alguna otra situación determinada por el médico: _____		

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

DNI / LE / LC N°: \_\_\_\_\_

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJA/O

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

A CONCURRIR AL CENTRO COSMOPOLITA DE HURLINGHAM (Güemes 1623 – Hurlingham) EN TODOS LOS MODULOS DE EDUCACIÓN FÍSICA Y A SALIDAS PROGRAMADAS, POR LOS ALREDEDORES ACOMPAÑADO POR EL PROFESOR O DOCENTE CORRESPONDIENTE

FIRMA: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**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

Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_