

ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/aDNI N°....., domiciliado en la callede la localidad de, T.E.,que concurre al Establecimiento Educativo Nueva Era – DIEGEP 7874 del distritoHurlingham a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional,, a realizarse en la localidad de, el día del mes dedel 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 fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las 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:

Fecha:

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N°

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION 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? Sí No (marcar 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? Sí No (marcar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

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

.....

5. ¿Tiene Obra Social? (Sí No o corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

.....

En, a losdías del mes de

del año 20....., autorizando a los docentes responsables por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajola forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma