



ANEXO 6

SALA:

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a..... DNI N°

Domiciliado/a en la calle.....de la localidad de.....

T.E.....que concurre al Establecimiento Educativo **INSTITUTO VICTORIA OCAMPO** del distrito de **AVELLANEDA** a participar de la salida educativa **ACANTONAMIENTO**, a realizarse en la localidad de **AVELLANEDA** los días..... y...../.....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 realizará dicha actividad.

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: **AVELLANEDA**

Fecha: ___/___/___

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:.....

Aclaración:.....DNI N°:

Teléfono de Urgencia: (consignar varios) 1)..... 2).....

ANEXO 4

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: **AVELLANEDA**

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 deba 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 copia del carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a..... en **AVELLANEDA** 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 del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:.....

Aclaración:.....DNI N°:



NIVEL INICIAL



NIVEL PRIMARIO



NIVEL SECUNDARIO