

NATACIÓN

Dirección General de Cultura y Educación



Corresponde al Expediente 5802-1701421/17

Lugar: **AVELLANEDA** Fecha: ____/____/____

ANEXO VI

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 _____
Teléfono _____ que concurre al Establecimiento Educativo **INSTITUTO VICTORIA OCAMPO** del distrito de
AVELLANEDA a participar de las **CLASES CURRICULARES DE NATACIÓN** a realizarse en la localidad de **BERNAL** en el natatorio
CIN (Centro Integral de Natación) - Club Atlético Bernal - Labardén 527, Bernal - todos los días **LUNES / MARTES / MIÉRCOLES /**
JUEVES / VIERNES (tachar lo que no corresponda) del presente año 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 de 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.

Firma del Padre, Madre, Tutor o Responsable: _____

Aclaración de la firma: _____ DNI N°: _____

Teléfono de urgencia (consignar varios): 1) _____ 2) _____

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Apellido y Nombres del Alumno: _____

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Responsable: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Lugar a viajar: **CIN (Centro Integral de Natación) Club Atlético Bernal - Labardén 527, Bernal**

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?, 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? SI - NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente. (Imprimir y pegar al dorso de esta hoja copia del carnet provisorio)

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija _____
_____ 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 forma de declaración jurada con
relación a los datos consignados arriba.

Firma del Padre, Madre, Tutor o Responsable: _____

Aclaración de la firma: _____ DNI N°: _____