

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 - DIEGEP N° 5320** del distrito de **AVELLANEDA** a participar de la salida educativa a **CHACRA "LA JOSEFINA" // Boulevard Pintos 4453**, a realizarse en la localidad de **CORONEL BRANDESEN** los días \_\_\_\_ y \_\_\_\_ de **OCTUBRE** 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: **CHACRA "LA JOSEFINA" // Boulevard Pintos 4453 - Coronel Brandsen**

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°: \_\_\_\_\_