

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 **I.S.F.D. y T. N° 93 “Presidente Arturo Umberto Illia”** del distrito **SAN VICENTE** a participar de la Salida Educativa/~~Salida de Representación Institucional~~ _____
 _____ a realizarse en la localidad de _____
 el/los días _____ del mes de _____ 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 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 Responsable: _____

D.N.I. 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 REPRESENTACIÓN 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? 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.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija _____
_____ en _____ 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 Padre, Madre, Tutor o
Representante Legal_____
Aclaración de la Firma