

ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a, DNI N°....., domiciliado en la calle de la localidad de, T.E. Celular....., que concurre al Establecimiento Educativo N° **DIEGEP 613** de la **Escuela Ntra. Señora de la Guardia** del distrito de **Vicente López** a participar de la Salida Educativa al **Patronato de la Infancia** a realizarse en la localidad de **Benavidez** los días **30 de septiembre, 01 y 02 de Octubre** 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 y Fecha: **Vicente López,/.../2019**

Firma Madre:.....

Firma Padre:.....

Aclaración:.....

Aclaración:.....

D.N.I.....

D.N.I.....

Teléfonos de Urgencia.....

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha:...../.../2019

Apellido y Nombres del Alumno:

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor:

Dirección: Teléfono:.....

Lugar a Viajar: **Patronato de la Infancia**

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 de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija.....en **Vicente López** a los..... días del mes de del año **2019**, 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