



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN E INNOVACIÓN

“2020– Año del General Manuel Belgrano”

Escuela N° 14 D.E. 6 “Intendente Alvear”

AUTORIZACIÓN PARA REVINCULACIÓN 7º GRADO

Por la presente, en mi carácter de Referente Familiar o Adulta/o Responsable, AUTORIZO a la/el estudiante _____, DNI N° _____ a asistir a las actividades de presenciales de cierre de año y/o revinculación y/u orientación.

Asimismo, autorizo a que el/la mismo/a se retire por sus propios medios del establecimiento educativo:

SÍ NO

Para el caso de que no se autorice el retiro por sus propios medios, completar: La/el estudiante se podrá retirar del establecimiento con las/os adultas/os responsables que se detallan a continuación:

1. Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Relación con la/el estudiante: _____

2. Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Relación con la/el estudiante: _____

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Relación con la/el estudiante: _____

Asimismo, informo que la/el estudiante cuenta con el siguiente sistema de cobertura de salud:

_____, autorizando, en caso de que así lo requiera la autoridad sanitaria, el traslado del mismo.

Declaro conocer todos los términos del Protocolo “Protocolo de Actividades Educativas de Revinculación, Orientación e Intercambio y Actividades Presenciales de Cierre del Año Lectivo (Resolución N° 370-cfe/20 - art. 2.b) 1. 2. y 3.-) aprobado para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y asumo el compromiso de hacer cumplir todas las pautas allí detalladas.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI/LC/LE