

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

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 Teléfono.....
que concurre al Establecimiento Educativo N°..... del
distrito.....a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional.....a realizarse en la
localidad.de.....el/los
día/días.....del mes dedel
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:

DNI 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.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE
REPRESENTACION 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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE