

**ANEXO VI**  
**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA**

Por la presente autorizo a mi hijo/a .....  
de (curso).....DNI N° ....., edad....., domiciliado en la calle  
..... N°....., de la localidad de .....  
Teléfono.....que concurre al Establecimiento Educativo **LA SALLE**  
**FLORIDA Diegep 4827**, del distrito Vicente López, a participar del **RETIRO DE**  
**CONFIRMACIÓN** a realizarse en **“Casa De Retiro Domingo Savio”**, Virrey Cisneros 905, Ramos  
Mejía, Buenos Aires, los días ..... **de AGOSTO** 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 deberán informarme y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno/a 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, aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable

DNI N° .....

Teléfono de URGENCIA

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

**ANEXO VII**  
**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS**

Fecha: .....

Apellido y nombres del alumno/a.....

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 Florida (Vicente López), 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