

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 4865, 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 dedel 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