

## ANEXO 6

## 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 **Club Circulo Policial** sito en la calle Santiago Calzadilla 1350, en la localidad de **CABA el día 25 del mes 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, ..../.../2024**

Teléfonos de Urgencia.....

Firma madre/padre/tutor/representante legal

Firma madre/padre/tutor/representante legal

Aclaración:.....

Aclaración:.....

D.N.I.....

D.N.I.....

## ANEXO 7

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha:...../.../2024

Apellido y Nombres del Alumno: .....

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor: .....

Dirección: ..... Teléfono:.....

Lugar a Viajar: **Club Círculo Policial**

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)

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija.....en **Vicente López** a los..... días del mes de ..... del año **2024**, 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