

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

**ANEXO VI**

Por la presente autorizo a mi hijo/a…………………………………………………………….. DNI Nº ………………………………, domiciliado en la calle…………………………………. de la localidad de…………………………………………….teléfono…………………………. que concurre al Establecimiento Educativo EEST N 6 del distrito de San Nicolás a participar de \_\_\_\_\_\_CAMPAMENTO EDUCATIVO RECREATIVO ,los días \_\_\_29/10 AL 3/11 de \_\_\_\_2023\_\_\_\_\_\_ del presente ciclo lectivo. (Detalle de la salida)\_\_\_\_

\_La salida se\_realizaera del estableciminto educativo eest n 6 el 29 de octubre a las 23 horas \_\_\_\_\_con destino a la provincia de mendoza, a la ciudad de san rafael, en donde estaremos 4 noches y 5 dias realizando actividades de campamemnto y recreacion con fecha de regeso el dia viernes 3 de novimbre a la eest n 6 con horario a determinar.

Dejo constancia 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: SAN NICOLÁS

Fecha: 15/06/2023

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

**PLANILLA DE SALUD PARA** **SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL – ANEXO VII**

Fecha:

Apellido y Nombres del Alumno

....................................................................................................................

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

.....................................................................................................................

Dirección ....................................................... Teléfono: ………………………...

Lugar a Visitar:

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)

En caso de respuesta positiva de berá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija .......................................................................................................................

en **San Nicolás** a los 10 día 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

**ADJUNTAR CARNET DE MUTUALY DNI**

**Firma Padre, Madre, Tutor o**

**Representante Legal Aclaración de la Firma**