



UNIÓN Y BENEVOLENCIA DANTE ALIGHIERI

ASOCIACIÓN MUTUAL Y CULTURAL

Fundada el 28 de Septiembre de 1873

INAES – MAT. 142 PERSONERÍA JURÍDICA ACORDADA POR DECRETO N° 1302 DEL 02 DE MAYO DE 1955

Local Social y Administración: 25 de mayo 2569 - 3000 SANTA FE

Tel/Fax:0342- 4556417 . e-mail. uybda@dantesantafe.com



MODELO DE AUTORIZACIÓN SALIDA ESCOLAR

Por medio de la presente autorizo a mi hijo/a.....DNI N°....., con domicilio en.....de la localidad de.....,que concorra al Establecimiento Educativo (N° y nombre)....., a participar de la siguiente Salida Escolar:.....a realizarse en fecha y horario de partida y regreso siguiente:.....

Detallar si se realizarán actividades relacionadas con el Turismo Aventura (SI/NO).....

Dejo constancia de he sido informado de las características específicas de dicha Salida Escolar, como así también de los responsables participantes de la misma; medios de transporte a utilizar y lugares de dichas actividades-----

Autorizo a los responsables de la Salida Escolar a disponer cambios con relación a la ejecución de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin previo aviso, por causa de fuerza mayor/caso fortuito, sobre lo cual se me deberá informar y fundamentar al regreso.-----

Todos aquellos que ejerzan la actividad escolar no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los participantes de la salida escolar llevaran consigo.-----

Lugar y fecha:.....

.....
Firma del Padre/madre/tutor

.....
Aclaración

.....
DNI

FICHA MEDICA SALIDA ESCOLAR INSTITUCION EDUCATIVA:

FICHA MÉDICA SALIDA ESCOLAR

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:.....

APELLIDO y NOMBRE DEL ALUMNO:

TIPO Y Nº DNI:FECHA DE NACIMIENTO:.....

EDAD NIVEL GRADO /CURSO:..... DIVISIÓN:

DOMICILIO:..... LOCALIDAD:.....

TELEFONO/S:.....

PARA COMPLETAR POR EL PADRE MADRE O TUTOR:

Grupo y factor sanguíneo: ¿Recibe algún tratamiento médico? (SI/NO).....

¿Cuál?.....

¿Está tomando algún medicamento? SI/NO).....¿Cuál?.....

¿Tiene algún tipo de alergia?..... En caso afirmativo, indique cuál es la causa y describe cuáles son sus manifestaciones

¿Padece algún trastorno crónico? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....

¿Tuvo alguna operación? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....

Dejar constancia de cualquier indicación que estime necesaria para que tome conocimiento el personal médico y docentes a cargo:.....

¿Le fue aplicada la vacuna antitetánica? (SI/NO)..... Fecha:

¿Obra Social? (SI/NO)..... ¿Cuál?

¿Ha sufrido en los últimos 30 días: a)Procesos inflamatorios?(SI/NO)..... b)Fracturas o esquinces?(SI/NO)...

c) Enfermedades infecto-contagiosas? (SI/NO)..... d) Otras ?.....

Dejo constancia que de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a/tutelado, autorizando por la presente, en caso de urgencia o emergencia médica, ha hacer atender al mismo, por profesionales médicos y a adoptar las prescripciones que ellos indiquen, notificándome de manera inmediata.-

.....
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

.....
ACLARACIÓN

.....
NRO. D.N.I.