

**ANEXO 6: AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

DIPREGEP: 624  
REGIÓN: 6

Por la presente autorizamos a nuestro hijo/.....de .....Año .....con DNI N°....., domiciliado en la calle ..... de la localidad de ....., T.E. ...., que concurre al Establecimiento Educativo SANTA TERESITA DEL NIÑO JESÚS del distrito de **Vicente López** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional al....., ubicado en ....., el día..... del mes de ..... del presente ciclo lectivo **201.....**.

Dejamos constancia de que hemos sido informados 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.

Autorizamos 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.

Autorizamos, 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.

**DETALLE Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CON NIVELES DE RIESGO CONSIDERABLE O INUSUAL SI LAS HUBIERE**

Autorizamos la realización de las actividades antes detalladas.

**Lugar y fecha:**.....

**Firma del padre**..... **DNI**.....

**Aclaración**.....

**Firma de la madre**..... **DNI**.....

**Aclaración**.....

**Firma del representante legal o tutor**..... **DNI**.....

**Aclaración**.....

**Consignar varios teléfonos por urgencias:**.....

**ANEXO 7: PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS/ SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.**

DIPREGEP: 624  
REGIÓN: 6

**Fecha:** ..... /..... /.....

Apellido y Nombres del alumno .....

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

**Dirección:** ..... **Teléfono:**.....

Lugar a Viajar: .....

1. ¿Es alérgico? **SÍ 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? **SÍ 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? **SÍ NO** (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con el carnet o copia del carnet

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

en..... 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 o Representante Legal/tutor)**

.....

**Aclaración**  
**(Padre, Madre o Representante Legal/tutor)**

