

## NATACIÓN

Dirección General de Cultura y Educación



Corresponde al Expediente 5802-1701421/17

Lugar: **AVELLANEDA** Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ANEXO VI

#### AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ domiciliado en la calle \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ que concurre al Establecimiento Educativo **INSTITUTO VICTORIA OCAMPO** del distrito de **AVELLANEDA** a participar de las **CLASES CURRICULARES DE NATACIÓN** a realizarse en la localidad de **AVELLANEDA** Club Social y Deportivo Progresista - Lamanna 1020 - Piñeyro, todos los días **LUNES / MARTES / MIÉRCOLES / JUEVES / VIERNES** (tachar lo que no corresponda) del presente año 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 de 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.

Firma del Padre, Madre, Tutor o Responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración de la firma: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_

Teléfono de urgencia (consignar varios): 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

### ANEXO VII

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

Apellido y Nombres del Alumno: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar a viajar: **Club Social y Deportivo Progresista - Lamanna 1020 - Piñeyro - AVELLANEDA**

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. (Imprimir y pegar al dorso de esta hoja copia del carnet provisorio)

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija \_\_\_\_\_ en **AVELLANEDA** 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 forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma del Padre, Madre, Tutor o Responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración de la firma: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_