**ANEXO VII**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el teléfono número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

que concurre al Establecimiento ……………………………………… del distrito Tres de Febrero

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional denominada …………………………………… sito en la Calle………………………. Pcia de Buenos aires a realizarse en la localidad de …………..l el/los día/s ………………………………….. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

………………………………………………………………………………………………………………………………….

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

……………………………………………………

DNI Nº del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

**Teléfonos de Urgencia (consignar varios)** ……………………………………………………………………………

 **ANEXO VIII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS**

 **DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha....... /....... /.......

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

**Apellido y Nombres del Alumno** **DNI Nº**

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

**Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal DNI Nº**

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

Lugar a Viajar…………………………………………….. Calle …………………………………. Localidad ……………. Pcia ……………………

**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 carnet o copia de carnet de la Obra Social.

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

.......................................................................... con DNI Nº .......................... en la Ciudad de …………………….. 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, Tutor o Representante Legal

 ……………………………………………………………………………………

 Aclaración de la Firma