



**ANEXO VI**

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

Por la presente autorizo a mi hij.....  
DNI ..... domiciliado en la calle .....  
.....de la de la localidad de....., TE  
....., que concurre al Establecimiento Educativo **Jardín Vélez Sarsfield N° 2534** del Distrito de **Vicente López** a participar de la Salida Educativa .....a realizarse en  
..... el día de la *salida* .....del mes de..... **a las**  
..... hasta las ..... 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: ...../...../2023

Firma y Aclaración de la Madre/Padre/tutor:

.....

DNI N°:.....

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

**ANEXO VII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Lugar: **Munro** Fecha de la salida:

Apellido y Nombre del alum... :..... D.N.I.:

.....

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

.....

Dirección .....TE

.....

Lugar a Visitar:

¿Es alérgico? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

.....

1. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)

a) Procesos inflamatorios (.....)

b) Fracturas o esguinces (.....)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (.....)

d) Otras:

.....

.....

2. ¿Está tomando alguna medicación? Si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

.....

3. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ¿Tiene Obra Social? Si no (tachar lo que no corresponda)

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

Pegar aquí  
Fotocopia  
del carnet



Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hij...  
.....con DNI N° .....en *Munro* a los  
..... días del mes de ..... del año 2023, 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 Y ACLARACION**  
**(Madre/Padre/Tutor)**