

# **AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS DEL EDIFICIO ESCOLAR**

## **Educación Inicial- Educación Primaria- Educación Secundaria**

Por medio de la presente manifestamos nuestro consentimiento y autorización para \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ nuestro/a hijo/a.....

DNI N°....., de sala/grado/año....., división....., se movilice fuera del edificio escolar en actividades específicas que programe el Colegio para el **Ciclo Lectivo 2019**, sean educativos o recreativos.

Declaramos conocer que los alumnos estarán acompañados por personal del Colegio y serán trasladados por los medios que contrate el Colegio para tal fin, teniendo en todos los casos la cobertura de seguro correspondiente.

Autorizamos asimismo a que nuestro/a hijo/a, desarrolle todas las actividades organizadas para la salida de que se trate, como así también su traslado y asistencia, en caso de enfermedad, accidente o emergencia, al centro asistencial más indicado, a criterio del responsable de la salida.

En caso de no estar de acuerdo con dicha salida, asumimos la obligación de comunicar dicha circunstancia al Colegio dentro de las 72 horas de notificados de la misma.

San Juan,.....de ..... de 2018/9.

-----  
Firma del Progenitor Responsable

Aclaración.....

# AUTORIZACIÓN DE RETIRO

## Educación Inicial- Educación Primaria

Por la presente, autorizo a mi hijo/a.....

D.N.I. ...., de sala/ grado..... división....., sea retirado, una vez finalizada la jornada escolar, sea en el horario habitual o con anticipación en caso de actividades extraordinarias comunicadas con anticipación, por las personas que al final se detallan, asumiendo toda la responsabilidad por tal autorización y liberando al Colegio de toda responsabilidad al respecto, durante el Ciclo Lectivo 2018.

San Juan,.../.../ 2018/9.

Nº	Apellido y Nombre	D.N.I.	Teléfonos Seguros
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

-----  
Firma del Progenitor Responsable

Aclaración.....

**\* Para todos los casos de transporte escolar, familiares y otros padres de alumnos.**

**“El Colegio no entregará al alumno a personas que no figuren en este listado”.**

# AUTORIZACIÓN DE RETIRO

## EVENTOS DE RIESGOS

### Educación Inicial- Educación Primaria- Educación Secundaria

Por la presente, autorizo a mi hijo/a.....

D.N.I. ...., de sala/ grado/ año..... división....., sea retirado, en casos de **evacuación total, por sismos, incendio u otros eventos de riesgo**, por las personas que al final se detallan, asumiendo toda la responsabilidad por tal autorización y liberando al Colegio de toda responsabilidad al respecto, durante el Ciclo Lectivo 2019.

San Juan,.../.../ 2018/9.

Nº	Apellido y Nombre	D.N.I.	Teléfonos Seguros
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

-----  
Firma del Progenitor Responsable

Aclaración.....

**\* Para todos los casos de transporte escolar, familiares y otros padres de alumnos.**

**“El Colegio no entregará al alumno a personas que no figuren en este listado”.**

# **“COMPROMISO DE PROGENITOR RESPONSABLE”**

## **MATRICULACIÓN 2019**

En el marco de la Ley de Educación de la Provincia, N° 1327-H- que, en el art. 223 fija los deberes de los padres, **me comprometo a:**

- 1. Respetar** la autoridad escolar, el PEI, el AEC, horarios y normas.
- 2.** Ser responsable de las acciones ejercidas por mí o por mis representados, cuando se agrede o agravie en forma directa, por terceros o mediante el uso de tecnología, a cualquier miembro de la comunidad educativa o institución.
- 3. Reparar** integralmente el daño, cumpliendo con las acciones previstas por la autoridad escolar: Pedido escrito de disculpas y compromiso de no repetir estas conductas inadecuadas.
- 4. Aceptar** que la autoridad escolar, según la gravedad de los hechos:
  - Realice la denuncia correspondiente (con aplicación de art. 109, Ley 941-R).
  - Aplique la restricción de ingreso a la institución.
  - Ejercer el derecho de no matriculación de los alumnos.

NOMBRE DEL ALUMNO:.....

NOMBRE DEL PROGENITOR RESPONSABLE: .....

FIRMA:.....

## “Ficha de Salud”

**Apellido y Nombre del Alumno**.....

**Sala/Grado/Curso**: .....

**Grupo Sanguíneo**:.....**Factor (RH )**.....

**Obra Social**:.....**Nº de Afiliado**:.....

**Alergias:** (Responder **en cada caso si o no**)

Polvo, Polen:..... Antibióticos:..... Medicamentos:..... (.....)

Picadura de insectos:..... Plumas:..... Comidas:..... (.....)

Otras:.....

**Enfermedades/ Trastornos:** (Responder **en cada caso si o no**)

Enf. Congénitas:.....(.....)

Hepatitis:..... Asma:..... Soplo al corazón:..... Varicela:.....

Traumatismos:.....

Otros:.....

**Calendario de vacunas completo:**                      **Si**.....                      **No**.....

**Presentó Examen Cardiológico:**                      **Si**.....                      **No**.....

**Presentó Examen Chagas – Mazza:**                      **Si**.....                      **No**.....

**San Juan**,.....**de**.....**de**.....

**Firma del Progenitor Responsable**

**Documentación completa:**                      **Si**.....                      **No**.....

**Firma y aclaración de quien recibe la documentación:**.....