AUTORIZACIÓN DE RETIRO 2024

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE NOTIFICO QUE MI HIJA/O:
APELLIDO: _____
NOMBRE:_____
AÑO: _____

SE RETIRA: (Marcar con una X) TRANSPORTE ESCOLAR _____ CON EL PADRE _____ CON LA MADRE _____ OTROS _____

POR FAVOR CONSIGNAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PERSONAS QUE ESTÁN AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJA/O.

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	DNI	CELULAR

FECHA: _____ DNI:_____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN:_____

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS 2024

Por la presente, Autorizo SI - NO a que mi hijo/a _____, quien cursa _____ año turno mañana en el Nivel Primario del Colegio Nueva Era de Hurlingham D. 3617, pueda aparecer en la Página Web, Fan Page (de Facebook) e Instagram del Colegio, como también dentro de la Plataforma Santillana Compartir, posibilitando la muestra de las distintas actividades, actos, encuentros, salidas, etc. que se realizan en nuestra Institución o fuera de ella bajo el nombre de la misma.

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

DNI: _____

FICHA DE SALUD – Colegio Nueva Era 2024

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:
_____
DIRECCIÓN:
_____
TELÉFONO:_____
TELÉFONOS DE
URGENCIAS:_____
EDAD:_____
CURSO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:
Tachar lo que no corresponda Es alérgico?
SI - NO A qué? _____
Si es alérgico a algún medicamento? Especifique cuál:
_____
¿Presenta alguna afección cardíaca? SI - NO Cuál:_____
Presenta alguna afección respiratoria? SI - NO Cuál: _____
¿Se encuentra realizando algún tratamiento? SI - NO Cuál: _____
Ha sufrido en los últimos 30 días: Procesos inflamatorios: SI - NO En dónde?
_____
Fracturas o esguinces: SI - NO En dónde? _____
Enfermedades infecto-contagiosas SI - NO Cuál: _____
¿Toma algún medicamento? SI - NO Cuál: _____

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesaria deban conocer el personal médico, directivos y profesor a cargo:
_____
_____

¿Tiene Obra Social? SI - NO

Nombre de la Obra Social: _____ Nº de Carnet: _____
Plan: _____

AUTORIZO POR LA PRESENTE A ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS.

Lugar y fecha:_____

Firma: _____

Aclaración: _____

Anexo II

Departamento de Educación Física
Nota: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems de la planilla deberá presentar, SIN EXCEPCIÓN, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando EXPRESAMENTE si el alumno se encuentra capacitado/a o no para efectuar actividad física. Cuando sobrevenga alguna de las enfermedades mencionadas u otra de cualquier naturaleza me comprometo a informar de inmediato por medios fehacientes.
Por la presente, el/la que suscribe
_____
Padre, Madre o tutor del alumno/a
_____ del Colegio Nueva Era que Cursa el _____ año, tomo conocimiento y autorizo expresamente para que el alumno/a citado/a precedentemente realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes durante el año en curso _____.
SI NO a) Se encuentra padeciendo: Procesos inflamatorios o infecciones _____ _____
b) Padece alguna de las siguientes enfermedades: Metabólicas: diabetes, tiroides, etc. _____ _____ Cardiopatías congénitas _____ _____ Cardiopatías infecciosas: fiebre reumática etc. _____ _____
c) Ha padecido en fecha reciente: Hepatitis (60 días) _____ _____ Sarampión (30 días) _____ _____ Parotiditis (30 días) _____ _____ Esguince o luxación de tobillos, hombros, etc. _____ _____
d) Alguna otra situación determinada por el médico:
_____
_____
Lugar y fecha: _____ Firma del Padre, Madre o Tutor: _____ Aclaración de firma: _____ DNI / LE / LC Nº: _____ Apto Físico Médico Por intermedio de la presente, dejo constancia que el alumno/a _____ _____, DNI: _____, quien cursará durante el ciclo lectivo 20 _ _, en el curso _____ Año EP, del Colegio Nueva Era D. 3617, se encuentra _____ físicamente, para realizar las respectivas actividades deportivas, a desarrollarse en nuestra Institución y/o en nombre de ella.
_____

Firma y Sello del Profesional Fecha:_____

Observaciones:_____
_____

Apto Físico Médico

Por intermedio de la presente, dejo constancia que el alumno/a :

_____

DNI: _____ quien cursará durante el ciclo lectivo 20___ en el curso : _____

Año EP. del Colegio Nueva Era D. 3617, se encuentra_____

físicamente, para realizar las respectivas actividades deportivas, a desarrollarse en

nuestra institución y/o en nombre de ella.

_____

Firma y Sello del Profesional

Fecha: _____

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

_____