

AUTORIZACIÓN DE RETIRO



POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE NOTIFICO QUE MI HIJA/O

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ AÑO: _____

SE RETIRA: (Marcar con una X)

SOLO _____ EN MICRO _____ CON EL PAPÁ _____ CON LA MAMÁ _____ OTROS _____

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

APELLIDO: _____

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DNI Nº: _____

DNI Nº: _____

APELLIDO: _____

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DNI Nº: _____

DNI Nº: _____

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

DNI Nº _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE FOTO

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



Jardín La Rana Juana – Colegio Nueva Era

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO 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: _____ N° 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 – Colegio San Diego 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 N°: _____

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJA/O

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

CURSO: _____

A CONCURRIR AL CLUB SOCIAL Y DEPORTIVO DEFENSORES DE HURLINGHAM EN TODOS LOS MODULOS DE EDUCACIÓN FÍSICA Y A SALIDAS POR LOS ALREDEDORES ACOMPAÑADO POR EL PROFESOR O DOCENTE CORRESPONDIENTE

FIRMA: _____ DNI N°: _____

ACLARACIÓN: _____

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: _____

