



Ficha de Autorizaciones Ciclo Lectivo 2023
JARDIN DE INFANTES NTRA SRA DEL REFUGIO
Castellano-Inglés-Talleres

Por la presente autorizo a mi hijo/a.....
DNI N°....., a ser retirado de la Institución durante el presente ciclo lectivo, por las siguientes personas:

NOMBRE	VÍNCULO	DNI	TELÈFONOS

Datos de los padres

Nombre y apellido de la madre:.....
Domicilio:
Celular:.....DNI:.....
Ocupación:teléf. laboral:.....
Nombre y apellido de la padre:.....
Domicilio:
Celular:.....DNI:.....
Ocupación:teléf. laboral:.....

Autorizaciones para el año lectivo

- ✓ Autorizo en caso de necesidad a los docentes del Nivel Inicial a higienizar y realizar el cambio de ropa, si mi hijo/a se hubiere ensuciado durante la jornada escolar, por lo cual recibiré la correspondiente notificación.
- ✓ Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por el sistema de emergencia contratado por la institución y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.
- ✓ Autorizo a aplicar el refuerzo de repelente en aerosol OFF o FUJI.

Notificaciones

- ✓ Me notifico por la presente que los docentes no pueden administrar ningún tipo de medicamentos a los alumnos.
- ✓ Los docentes no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los niños puedan traer al jardín.

Fotografías y Videos

- ✓ Autorizar a utilizar imágenes y videos de sus hijos para la página del colegio y videos internos.
- ✓ Autorizar a utilizar imágenes y videos de sus hijos en redes sociales con las que cuenta el colegio.

.....
Firma y aclaración del responsable

DNI N°.....

Otros teléfonos de Urgencia (consignar varios)
.....

Mail:.....



PLANILLA DE SALUD 2023

Apellido y Nombres del Alumno

.....

1. ¿Es alérgico? ☐ sí ☐ no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

.....

2. ¿Padece de alguna enfermedad?

.....

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:

.....

.....

4. ¿Tiene obra social? ☐ sí ☐ no (tachar lo que no corresponda)

Por la presente autorizo a mi hijo/a a realizar actividades físicas acordes a su edad y sexo, de acuerdo a los lineamientos curriculares vigentes.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

.....

Firma del responsable

.....

Aclaración de la Firma

ADJUNTAR:

- **CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA (TODAS LAS SALAS)**
- **BUCODENTAL (TODAS LAS SALAS)**
- **CONTROL OFTALMOLÓGICO (TODAS LAS SALAS)**
- **AUDIOMETRÍA con informe del especialista (SALAS DE 5)**
- **FOTOCOPIA DE CARNET DE PREPAGA U OBRA SOCIAL**

IMPRIMIR EN HOJA OFICIO