



Ficha de Autorizaciones Ciclo Lectivo 2025
JARDIN DE INFANTES NTRA SRA DEL REFUGIO
Castellano-Inglés-Talleres

Datos del niño/a

Nombre: DNI: Fecha de nacimiento:.....
Domicilio:

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 responsables

Responsable 1 Nombre y apellido:.....
Parentesco:
Domicilio:
Celular:.....**DNI**.....
Ocupación:**teléf. laboral:**.....
Mail:.....

Responsable 2 Nombre y apellido:.....
Parentesco:
Domicilio:
Celular:.....**DNI**.....
Ocupación:**teléf. laboral:**.....
Mail:.....

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 niño/a 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

- ✓ Autorizo a utilizar imágenes o reproducciones videográficas vinculadas a nuestra institución, en las que se involucre directa o indirectamente a mi hijo/a, para la página web, videos internos y en redes sociales con las que cuenta el colegio, con el fin de compartir la experiencia pedagógica, proyectos educativos y/o actividades de la institución.

.....
Firma, aclaración y DNI del Responsable 1

.....
Firma, aclaración y DNI del Responsable 2

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

PLANILLA DE SALUD 2025

Apellido y Nombres del Alumno
.....

- 1 ¿Tiene algún tipo de alergia?
SI NO (tachar lo que no corresponda)
En caso afirmativo describa sus manifestaciones:
.....
La alergia se debe a:¿Recibe tratamiento permanente? SI NO
- 2 ¿Padece de alguna enfermedad que requiere periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO ¿Cuál?
- 3 ¿Está tomando alguna medicación? SI NO
En caso afirmativo especifique:
- 4 Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....
.....
.....
- 5 ¿Tiene obra social? ☐si ☐no (tachar lo que no corresponda) **Adjuntar fotocopia de la credencial o captura de pantalla de la misma**

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, aclaración y DNI del Responsable 1

.....
Firma, aclaración y DNI del Responsable 2

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**