



INFORMACIÓN DE SALIDA DE ALUMNOS – NIVEL SECUNDARIO
Ciclo lectivo 2020

NOMBRE DEL ALUMNO:
 CURSO: TELÉFONOS:.....

SALIDA AL MEDIODÍA

* SE RETIRA A ALMORZAR: NO
 SÍ SOLO ACOMPAÑADO

SALIDA TURNO TARDE

* SE RETIRA: a) SOLO

b) COMBI

Nombre del conductor.....Tel:.....

c) ACOMPAÑADO

IMPORTANTE: En las opciones b) y c) el alumno deberá esperar al conductor de la combi y/o a la persona autorizada a retirarlo en la puerta del edificio.
 Para poder desplazarse solo hacia las mismas completar la opción a)

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR
INCLUIDAS LAS SALIDAS DEL MEDIODÍA Y DEL TURNO TARDE

Completar con letra mayúscula imprenta

Apellido y Nombre	D.N.I.

IMPORTANTE: Incluir en la lista a **padres de la institución para un eventual caso de emergencia.**
 Aclaramos que sólo quedarán autorizadas las personas que figuran en la lista, no cónyuge u otro familiar del autorizado.

Firma del Representante Legal..... Aclaración:.....

Firma del Representante Legal..... Aclaración:.....



INFORMACIÓN DE SALUD (PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES)
Ciclo lectivo 2020

1.a. DATOS DEL ALUMNO	Fecha:			
Nombre y Apellido:				
Dirección:				
2.a. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:				
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Cuál?				
Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Por qué?				
b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?				
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:.....				
La alergia se debe a:.....				
No sabe <input type="checkbox"/>				
¿Recibe tratamiento permanente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
3. TRATAMIENTOS:				
¿Recibe tratamiento médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Especifique:.....				
¿Quirúrgicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad:.....				
Tipo de Cirugía:.....				
¿Presenta alguna limitación física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Aclaración:.....				
Otros problemas de salud:.....				
4. VACUNAS (entregar fotocopia de la libreta de vacunación actualizada según calendario Nacional de vacunación)				
11 años	Triple viral	HPV	Triple bacteriana	Meningococo
SI EL NIÑO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD				
Recurrir a:	Institución:		Teléfono:	
	Dirección:			
Avisar al médico:	Nombre y Apellido		Teléfono:	
	Dirección:			
Avisar a Familiar:	Nombre y Apellido:		Teléfono:	
	Dirección:			

Nombre y Apellido (del representante legal).....

Firma:.....

Nombre y Apellido (del representante legal).....

Firma:.....



AUTORIZACIÓN PUBLICACIÓN DE IMÁGENES
Ciclo lectivo 2020

Por medio de la presente SÍ - NO autorizo a publicar en la página web www.dover.edu.ar, redes sociales y/o enviar a sus compañeros de curso, las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

ALUMNO:.....AÑO:.....

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:

ACLARACIÓN:.....

D.N.I:.....

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:

ACLARACIÓN:.....

D.N.I:.....

Nota:

Aquella familia que NO autorice a mostrar fotos o filmaciones de sus hijos dentro del ámbito escolar deberá especificarlo por nota al pie.

.....
.....
.....
.....



ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA COMUNICACIONES
Ciclo lectivo 2020

ALUMNO: _____

CURSO: _____

Autorizo al colegio a compartir a las familias del curso, los números de teléfono de línea, celulares y teléfono alternativo indicados a continuación. Me comprometo a comunicar oportunamente si hubiera modificaciones.

REPRESENTANTE LEGAL

Teléfono de línea: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

REPRESENTANTE LEGAL

Teléfono de línea: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____
