



Nivel Inicial 2020. INFORMACIÓN DE SALIDA DE ALUMNOS.

NOMBRE DEL ALUMNO:
SALA: TELÉFONOS:

* SE RETIRA EN COMBI:

SI Nombre del conductor Tel:.....
NO

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.
Aclaremos que sólo quedarán autorizadas las personas que figuran en la lista, no cónyuge u otro familiar.

Firma Aclaración:
(representante legal)

Firma Aclaración:
(representante legal)



FICHA DE SALUD (PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES)

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 (adjuntar fotocopia de la libreta de vacunación actualizada según calendario nacional de vacunación)		
SI EL NIÑO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD		
Recurrir a:	Institución:	
	Dirección:	Teléfono:
Avisar al médico:	Nombre y Apellido	
	Dirección:	Teléfono:
Avisar a Familiar:	Nombre y Apellido:	
	Dirección:	Teléfono:

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

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



Solicitamos a Ustedes completar las siguientes autorizaciones anuales:

1. Autorización de higiene y cambiado.
2. Autorización para realizar actividad física.
3. Autorización para la toma, publicación y envío de imágenes y/o filmaciones.

1. AUTORIZACIÓN DE HIGIENE Y CAMBIADO

Autorizo a las docentes de Nivel Inicial del Colegio Dover a higienizar y cambiar la vestimenta de mi hijo/a en caso de ser necesario.

Firma:.....Aclaración:.....

DNI:.....

2. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

Autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física.

En aquellos casos en que el/la alumno/a presente una patología que impida parcial o totalmente la práctica de actividad física y/o deportiva, deberá presentar el correspondiente certificado médico.

Firma:.....Aclaración:.....

DNI:.....

3. AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA, PUBLICACIÓN Y ENVÍO DE IMÁGENES y/o FILMACIONES

Publicación:

SÍ - NO (rodear lo que corresponda) autorizo a publicar en la página web www.dover.edu.ar y/o en [redes sociales \(Facebook e Instagram\)](#) las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

Envío:

SÍ - NO (rodear lo que corresponda) autorizo a enviar a las familias de la sala, las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

Firma:.....Aclaración:.....

DNI:.....

Nombre y apellido del alumno/a:.....SALA:.....

Firma Aclaración:
(representante legal)

Firma Aclaración:
(representante legal)



ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA COMUNICACIONES-2020

ALUMNO: _____

Sala: _____

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: _____
