****

**ANEXO VI**

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA/ ~~SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL~~**

Por la presente autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que concurre al Establecimiento INSTITUTO GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN del distrito JOSÉ C. PAZ a participar de la salida educativa a realizarse en el Teatro Ciego, Villa Crespo (Coronel Antonio Susini 2280, CABA) el día 5 de junio del presente ciclo lectivo en el horario de 8:00 a 16:00 horas aproximadamente.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono de urgencia (consignar varios):**

………………………………………………..

………………………………………………..

Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

**ANEXO VII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / ~~SALIDAS~~**

**~~DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL~~**

Fecha....... /....... /.......

Apellido y Nombres del Alumno ................................................................................

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal ...............................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dirección: ....................................................... Teléfono: ..........................

Lugar a Viajar: Teatro Ciego, Villa Crespo (Coronel Antonio Susini 2280, CABA)

**1.** ¿Es alérgico? SÍ - NO (tachar lo que NO corresponda)

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

**2.** ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)?

a) Procesos Inflamatorios ( )

b) Fracturas o esguinces ( )

c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )

d) Otras: .........................................................................................................

**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:………………………………………………………………………………

**5.** ¿Tiene Obra Social? SÍ - NO (tachar lo que NO corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija ..........................................................................en ..................................... a los ............. días del mes de........................... del año .............., autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

**Firma del Padre, Madre, Tutor o**

**Representante Legal …………………………………………………………………..**

**Aclaración de la Firma …………………………………………………………………**