

AUTORIZACIONES 2024



APELLIDO Y NOMBRES:

SALA:..... SECCIÓN:..... TURNO:.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

ÚNICAS PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

<i>APELLIDO Y NOMBRE</i>	<i>DOCUMENTO</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	<i>TEL.PARTICULAR</i>	<i>TEL.CELULAR</i>	<i>PARENTESCO</i>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

EN CASO DE SER RETIRADOS POR MICRO/COMBI

<i>NOMBRE DE QUIEN RETIRA</i>	<i>EMPRESA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	<i>TEL.PARTICULAR</i>	<i>TEL.CELULAR</i>	<i>DOCUMENTO</i>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FIRMA DEL PADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

FIRMA DE LA MADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

Llenar en caso de ser necesario

FIRMA DEL TUTOR:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

COPIA ESTABLECIMIENTO



AUTORIZACIONES 2024

APELLIDO Y NOMBRES DEL ALUMNO:

SALA: SECCIÓN:..... TURNO:

ÚNICAS PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

<i>APELLIDO Y NOMBRE</i>	<i>DOCUMENTO</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	<i>TEL.PARTICULAR</i>	<i>TEL.CELULAR</i>	<i>PARENTESCO</i>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

EN CASO DE SER RETIRADOS POR MICRO/COMBI/REMIS

<i>NOMBRE DE QUIEN RETIRA</i>	<i>EMPRESA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	<i>TEL.PARTICULAR</i>	<i>TEL.CELULAR</i>	<i>DOCUMENTO</i>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FIRMA DEL PADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

FIRMA DE LA MADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

Llenar en caso de ser necesario

FIRMA DEL TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

AUTORIZACIÓN PARA SACAR FOTOGRAFÍAS Y FILMAR



MERLO,.....de..... de 2024

AL PERSONAL DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA"

EL/LA QUE SUSCRIBE.....MADRE/PADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA

POTESTAD DEL NIÑO/A.....ALUMNO/A DE SALA

SECCIÓN.....DEL TURNO.....

Completar el cuadro con SI o NO

AUTORIZO AL MISMO/A A TOMARLE MUESTRAS FOTOGRÁFICAS Y/O FILMACIONES, DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL COLEGIO, ENCUADRADAS LAS MISMAS EN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, POR EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO PARA SER PUBLICADAS EN REVISTAS Y/O DIARIOS, PÁGINAS WEB, BOLETÍN INFORMATIVO, MURALES, FACEBOOK O CARTELERAS DEL JARDÍN.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:

D.N.I:

D.N.I:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO EN CASO DE URGENCIA



MERLO,..... de..... de 2024

AL PERSONAL DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA"

EL/LA QUE SUSCRIBE.....MADRE/PADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA

POTESTAD DEL NIÑO/A.....ALUMNO/A DE SALA.....

SECCIÓN..... DEL TURNO.....

Completar el cuadro con SI o NO

ACEPTA LA COBERTURA DE EMERGENCIAS MÉDICAS OTORGADA POR EL ESTABLECIMIENTO.

FIRMA DE LA PADRE/ TUTOR:.....

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:.....

ACLARACIÓN:

D.N.I:.....

D.N.I:

AUTORIZACIÓN PARA EVACUACIÓN DEL EDIFICIO ESCOLAR



MERLO,..... de..... de 2024

LOS ABAJO FIRMANTES, EN CONCEPTO DE PADRES y/o TUTORES, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD, DEL NIÑO/A D.N.I..... QUE CONCORRE A SALA..... SECCIÓN..... DEL TURNO..... DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA", LO AUTORIZAMOS A SER TRASLADADO/A A LA PLAZA "BICENTENARIO" UBICADA EN LA AVENIDA BICENTENARIO ENTRE PERÚ Y BOLIVAR, O LA ESQUINA DE AV. BICENTENARIO Y BOLIVAR, SEGÚN LA GRAVEDAD DEL SINIESTRO (INCENDIO, AMENAZA, INUNDACIÓN O CATÁSTROFE), QUE PUDIERA OCACIONARSE DURANTE EL HORARIO ESCOLAR EN LA INSTITUCIÓN A LO LARGO DEL PRESENTE CICLO LECTIVO 2024. CABE MENCIONAR QUE LOS NIÑOS/ÑAS ÑAS SERÁN CONTINUAMENTE ACOMPAÑADOS POR EL PERSONAL DIRECTIVO, DOCENTE, ADMINISTRATIVO Y AUXILIAR QUE TRABAJA EN DICHO ESTABLECIMIENTO.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD:.....

ACLARACIÓN:

D.N.I:

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD:.....

ACLARACIÓN:

D.N.I:

DOCUMENTO ESCOLAR

FICHA DE APTITUD FÍSICA- CURSO ESCOLAR 2024



APELLIDO DEL ALUMNO:.....NOMBRES:.....

NIVEL INICIAL

SALA:.....SECCIÓN:.....

TELÉFONO:.....DNI:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

INFORMACIÓN DE SALUD

¿RECIBE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? (SI/NO) ¿CUÁL?.....

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? (SI/NO) ¿CUÁL?.....

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? (SI/NO). EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL ES LA CAUSA Y DESCRIBA

CUÁLES SON SUS MANIFESTACIONES.....

¿PADECE ALGÚN TRASTORNO CRÓNICO? (SI/NO) ¿CUÁL?.....

¿ALGUNA INDICACIÓN ESPECÍFICA PARA LAS ACTIVIDADES FÍSICA?.....

ESPECIFICAR ÚLTIMA FECHA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA.....

ANTECEDENTES PERSONALES (ENCERRAR EN UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA)

DIABETES	SI	NO	
CONVULSIONES	SI	NO	
ASMA	SI	NO	
EPILEPSIA	SI	NO	
AFECCIONES CARDIOPULMONARES	SI	NO	
HERNIAS	SI	NO	¿DÓNDE?
HEPATITIS	SI	NO	
FRACTURAS, ESGUINCES,LUXACIONES	SI	NO	¿DÓNDE Y CUÁNDO?
OTRAS	SI	NO	¿CUÁLES?
¿TOMA REMEDIOS?	SI	NO	¿CUÁL?

SE ENTREGARÁ CERTIFICADO BUCODENTAL Y OFTALMOLÓGICO. FECHA LÍMITE: 31/3

HABIENDO CERTIFICADO QUE MI HIJO/A QUE CONURRE A LA.....,

SECCIÓN....., SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EN VIRTUD DE LA REVISACIÓN

MÉDICA EFECTUADA, LO/LA AUTORIZO PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES Y CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA.

ASIMISMO ME HAGO RESPONSABLE DEL CONTROL PERIÓDICO DE SALUD Y NOTIFICARÉ A LA ESCUELA CUALQUIER ANOMALÍA QUE SE PRESENTE, ENTREGANDO LOS CERTIFICADOS MÉDICOS QUE ASÍ LO ACREDITEN. IMPORTANTE ADJUNTAR A LA FICHA DE APTITUD FÍSICA LA FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL Y FOTOCOPIA DE LAS VACUNAS.

ME NOTIFICO Y COMPROMETO A CUMPLIR LO SOLICITADO

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:.....

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:.....

D.N.I:

D.N.I:



MERLO, DE e 2023

AUTORIZACIÓN SOBRE EL CAMBIADO DE LOS NIÑOS

LA HIGIENE Y EL CAMBIADO DE ROPA DE LOS ALUMNOS ES UNA PRÁCTICA HABITUAL Y NATURAL DENTRO DEL NIVEL INICIAL. PAULATINAMENTE SE TRATARÁ QUE CADA NIÑO SE MANEJE CON CRECIENTE AUTONOMÍA, INCLUYENDO LO QUE RESPECTA A LA HIGIENE PERSONAL, SIEMPRE BAJO LA MIRADA Y ATENCIÓN DE UN DOCENTE, HASTA QUE EL NIÑO LO LOGRE Y EN CASO DE SER NECESARIA LA COLABORACIÓN DE UN ADULTO, EL PERSONAL DOCENTE PROCEDERÁ A CAMBIAR DE ROPA AL NIÑO POR MOJARSE O NO CONTROLAR ESFÍNTERES. LAS FAMILIAS DEBEN CONTRIBUIR MANTENIENDO COMPLETA Y ACTUALIZADA (POR EL CAMBIO DE ESTACIÓN) LA MUDA DE ROPA QUE ES SOLICITADA POR LOS DOCENTES. LA MISMA SE ENCONTRARÁ EN LA MOCHILA DEL ALUMNO.

Completar el cuadro con SI o NO

AUTORIZO A LOS DOCENTES DE NIVEL INICIAL DEL JARDÍN "NUEVA ESPERANZA" A CAMBIAR

A MI HIJO/A.....

D.N.I.....SALA.....TURNO.....

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:

D.N.I:

D.N.I:

COMPLETAR Y ENTREGAR AL DOCENTE