

# AUTORIZACIONES 2025



APELLIDO Y NOMBRES: .....

AÑO:..... 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 2025



APELLIDO Y NOMBRES DEL ALUMNO: .....

AÑO: ..... 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 2025

AL PERSONAL DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA"

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

POTESTAD DEL NIÑO/A.....ALUMNO/A DE .....AÑO,

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 COLEGIO.

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 2025

AL PERSONAL DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA"

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

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

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 2025

LOS ABAJO FIRMANTES, EN CONCEPTO DE PADRES y/o TUTORES, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD, DEL NIÑO/A ..... D.N.I..... QUE CONCORRE A ..... AÑO 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 2025. CABE MENCIONAR QUE LOS NIÑOS/AS 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 2025



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

NIVEL PRIMARIO

AÑO:.....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: .....

