**AUTORIZACIONES**

Nombre y apellido del ALUMNO/A:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y apellido de la MADRE: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Teléfono………………………………………………………….. Teléfono Laboral: ……………………………………………………………..

Correo Electrónico: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre y apellido del PADRE: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Teléfono …………………………………………………………. Teléfono Laboral: ……………………………………………………………….

Correo Electronico: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Otros teléfonos de familiares o autorizados

………………………………………………………………………… ………………………………………………………………

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

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

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

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

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJO/A DEL ESTABLECIMIENTO AL FINALIZAR LA JORNADA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre/s y apellido/s | Teléfono/Celular | Parentesco | D.N.I |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Completar las siguientes autorizaciones:

•Autorizan, a los docentes de de la Institución, a tomar fotografías a su hija/o, con fines pedagógicos, para ser utilizadas en el contexto de nuestro trabajo virtual, para luego ser enviadas en propuestas o exponerlas dentro de la institución. Únicamente con fines pedagógicos

SI NO

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del PADRE/ MADRE Aclaración de firma

•Autorizan, a su hijo/a, a realizar actividad física acorde a su edad dentro del establecimiento.

SI NO

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del PADRE/ MADRE Aclaración de firma

Actualización médica:

Fecha: ……/……/…… Anual: SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describa los cambios de salud del alumno: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SI NO

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del PADRE/ MADRE Aclaración de firma