

AUTORIZACIÓN

Por la presente, en mi carácter de Referente Familiar o Adulta/o Responsable,
AUTORIZO a el/la alumno/a
_____, DNI N.º
_____ a asistir a las actividades educativas presenciales de
cierre de año y/o revinculación y/u orientación.

El/la alumno/a se podrá retirar del establecimiento con las/os adultas/os
responsables que se detallan a continuación:

1. Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con el/la alumno/a: _____

2. Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con el/la alumno/a: _____

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con el/la alumno/a: _____

Asimismo, informo que el/la alumno/a cuenta con el siguiente sistema de cobertura de salud: _____, autorizando, en caso de que así lo requiera la autoridad sanitaria, el traslado del mismo.

Declaro conocer todos los términos del “PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE REVINCULACIÓN, ORIENTACIÓN E INTERCAMBIO PARA SALA DE 5 NIVEL INICIAL (Resolución de Firma Conjunta N° 4-GCABA-MEDGC/20 y Resolución N° 370-CFE/20 - Art. 2.b) 1. y 2.) aprobado por Resolución N.º 6/MEDGC/20 y asumo el compromiso de hacer cumplir todas las pautas allí detalladas.

FIRMA REFERENTE FAMILIAR O ADULTO/A RESPONSABLE

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI/LC/LE