

**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 de.....Teléfono.....

que concurre al Establecimiento Educativo N°.....**7382**..... del distrito .....**ALTE. BROWN**.....

a participar de la Salida Educativa.....Congreso de la Nación y Reserva Ecológica Costanera Sur.....a realizarse en la localidad de.....**C.A.B.A.**..... el día **08**....del mes de...**octubre**...del presente ciclo lectivo

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: Glew

Fecha: 06 de septiembre de 2024

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o responsable:.....

DNI N° .....

TE. De Urgencia (consignar  
varios)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.

Dirección General de Cultura y Educación.

**ANEXO VII**

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

FECHA: 06.../...09...../...2024.....

Apellido y Nombres del Alumno: .....

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

Dirección .....Teléfono: .....

Lugar a viajar: Cabildo , Catedral Metropolitana, Plaza de Mayo, Casa de Gobierno y Reserva Ecológica Costanera Sur

1. Es alérgico:(si) (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? (si) (no) (tachar lo que NO corresponda)

En caso de respuesta positiva indique ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo:

.....

.....

5. ¿Tiene Obra Social? (Si) (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/a.....

en .....Glew..... a los.....06..... días del mes de septiembre... del año .....2024.... 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 relaciona los datos consignados arriba.

.....

.....

Firma Padre, Madre o Representante legal

Aclaración de la Firma

## ANEXO X completo

Lugar, Día y Hora de salida: **Glew, 8 de octubre de 2024, 8:30 hs am**

Lugar, Día y Hora de regreso: **Glew, 8 de octubre de 2024, 17hs**

Lugares a visitar .Congreso de la Nación y la Reserva Ecológica Costanera Sur.

Direcciones y teléfonos: . Congreso de la Nación Av. Entre Ríos, C1033 C.A.B.A. Tel: 11282243000 Reserva Ecológica

Costanera Sur. Dirección: Av. Dr. Tristán Achával Rodríguez 1550, C1768 CABA Teléfono: 011 15-4893-1853.

8:30 Hs. Salida del Colegio

10:30 hs Visita al Congreso de la Nación

12: 00 hs Almuerzo

13:00 hs Recorrido por circuito 1 y 2 de la reserva ecológica

15:30 hs Regreso

17:00 hs llegada al colegio

Policía	Lavalle 451, C1047 CABA Telefono 011 15-4322-8221
Hospital	Hospital Dr. ArgerichPi y Margall 750, C1155 AHD, Buenos Aires Telef. 011 4121-0700

**Nombres de los acompañantes:** Noelia Britos (Secretaria), Magali Díaz (Profesora), Pablo Díaz (Profesor), Claudia Sayago(Profesora), Rocio Tula (preceptora).

Empresa de Transporte

**Teléfonos del docente a cargo: 02224420702**

**Empresa de transporte: Transporte Busmania Dirección: 25 de mayo 761 Cod postal B1848 B PH Ministro Rivadavia. Telefono: +54 9 11 6046 0903**

**Email: info@busmaniaviajes.com.ar**

Información sobre vías o medios alternativos de accesos y transporte al lugar: Tren Roca, Colectivo Empresa San Vicente. Colectivo línea 12 Transporte Automotores Callao.

**ELEMENTOS PARA LLEVAR**

- \* BOTELLA DE AGUA
- \* ALMUERZO
- \* PAÑUELOS DESCARTABLES
- \* PROTECTOR SOLAR
- \* REPELENTE PARA MOSQUITOS
- \* GORRA CON VISERA

-----  
(Firma)

-----  
(Aclaración)

-----  
DNI