



AUTORIZACIÓN

CONVIVENCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS 2024

Mendoza, de de 2024

Los que suscriben, en ejercicio de la Representación Legal del menor de edad.....
 DNI:de 1er. año, división, que seguidamente se
 identifican, AUTORIZAN al mismo a participar de la CONVIVENCIA de los PRIMEROS AÑOS que se llevará
 a cabo el día.....desde las 9:30 hs., hasta el día 17hs. del corriente año, en las instalaciones del
 Departamento de Aplicación Docente y sus adyacencias. La actividad se realizará en compañía de los
 docentes y adultos, conforme lo establecido por los Artículos 1.754; 1.755; 1.757; 1758 y1.767 del CÓDIGO
 CIVIL.

DATOS IMPORTANTES:

Fecha de Nacimiento: / / D.N.I..... Nacionalidad Nombre del
 padre: vive entel..... Nombre de la
 madre.....vive entel..... Otro tel. en caso de
 urgencia:

Obra social: (S/N) ¿Cuál?N° Socio..... Grupo sanguíneo..... Alérgico a:

¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?.....

¿Toma medicamentos? ¿Cuáles?¿Horarios?.....

¿Dosis?..... Vacuna antitetánica (S/N) refuerzo..... fecha..... OTROS /

OBSERVACIONES:

En caso de ingerir alguna medicación (cada alumno debe traer su medicación), o necesitar alimentación
 especial, debe tomarse la precaución de informarlo a continuación:

PADRES O TUTOR

	APELLIDO Y NOMBRE	FIRMA	DNI
1			
2			