



AUTORIZACIÓN CONVIVENCIA DE LOS SEGUNDOS AÑOS

Mendoza, dede 2021

AUTORIZO a mi hijo/a: DNI:
.....de 2do. año, división, a participar de la CONVIVENCIA
de los SEGUNDOS AÑOS que se llevará a cabo el día del mes de, desde
las 9:30 hs. hasta a las 14:00 hs. del corriente año, en las instalaciones del Departamento de
Aplicación Docente y sus adyacencias (ascenso al cerro El Llorón). La actividad se realizará en
compañía de los docentes de Educación Física y otros adultos de la institución.

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:

ACLARE CON QUIEN SE RETIRA SU HIJO/A UNA VEZ FINALIZADA LA CONVIVENCIA A
LAS 14:00 HS.....

PADRES, TUTOR Y/O CURADORES

	APELLIDO Y NOMBRE	FIRMA	DNI
1			
2			