



AUTORIZACIÓN UNA NOCHE EN EL DAD – CONVIVENCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS

Mendoza, de mayo de 2019

AUTORIZO a mi hijo/a: DNI:
.....de 1er. año, división, a participar de la CONVIVENCIA de
los PRIMEROS AÑOS que se llevará a cabo entre el día del mes de,
desde las 9:00 hs., hasta el día del mes de a las 9:45 hs. 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 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 EL DÍA DOMINGO A LAS 9:45 HS. (A.M.):

PADRES, TUTOR Y/O CURADORES

	APELLIDO Y NOMBRE	FIRMA	DNI
1			
2			