



## AUTORIZACIÓN CONVIVENCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS

Mendoza, ..... de ..... de 2022

AUTORIZO a mi hijo/a: ..... DNI: ..... de 1er. año, ..... división, a participar de la CONVIVENCIA de los PRIMEROS AÑOS que se llevará a cabo el día ..... del mes de ....., de 9:30 hs a las 17:00 hs. del corriente año, en las instalaciones del Departamento de Aplicación Docente y sus adyacencias (ascenso cerro El Llorón). 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 en .....tel.....  
 Nombre de la madre.....vive en .....tel.....  
 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, TUTOR Y/O CURADORES

	APELLIDO Y NOMBRE	FIRMA	DNI
1			
2			