



AUTORIZACIÓN CONVIVENCIA DE LOS SEGUNDOS AÑOS

Mendoza, de de 2022

AUTORIZO a mi hijo/a: DNI: de 1er. año, división, a participar de la CONVIVENCIA de los SEGUNDOS AÑOS que se llevará a cabo el día del mes de, de 9:30 hs a las 16:00 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 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, TUTOR Y/O CURADORES

	APELLIDO Y NOMBRE	FIRMA	DNI
1			
2			