



# DOVER HIGH SCHOOL

## NIVEL PRIMARIO

CICLO LECTIVO 2021

### INFORMACIÓN DE SALIDA DE ALUMNOS

ALUMNO/A: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

\* SE RETIRA:  Solo  Acompañado

COMBI - Nombre del conductor \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO

Completar con letra mayúscula imprenta

	Apellido y Nombre	D.N.I.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

Incluir en la lista a padres de la Institución para un eventual caso de emergencia.  
Aclaramos que sólo quedarán autorizadas las personas que figuran en la lista,  
no cónyuge u otro familiar del autorizado.



# DOVER HIGH SCHOOL

## NIVEL PRIMARIO FICHA DE SALUD CICLO LECTIVO 2021 (PARA SER COMPLETADA POR LOS REPRESENTANTES LEGALES)

<b>1. DATOS DEL ALUMNO/A</b>	Fecha: _____
Nombre y Apellido: _____	
Dirección: _____	
<b>2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>	
<b>A.</b> ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____	
<b>B.</b> ¿Tiene algún tipo de alergia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____ La alergia se debe a: _____ No sabe <input type="checkbox"/> ¿Recibe tratamiento permanente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>3. TRATAMIENTOS</b>	
¿Recibe tratamiento médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
¿Quirúrgicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad: ____ Tipo de cirugía: _____	
¿Presenta alguna limitación física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aclaración: _____	
Otros problemas de salud: _____	
<b>SI EL NIÑO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD</b>	
Recurrir a: Institución: _____	
Dirección: _____ Teléfono: _____	
Avisar al médico: Nombre y Apellido: _____	
Dirección: _____ Teléfono: _____	
Avisar a Familiar: Nombre y Apellido: _____	
Dirección: _____ Teléfono: _____	

Nombre y apellido del rep. legal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del rep. legal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



# DOVER HIGH SCHOOL

## NIVEL PRIMARIO CICLO LECTIVO 2021

Por medio de la presente **SÍ – NO (Circular la opción que corresponda)** autorizo a publicar en la página web [www.dover.edu.ar](http://www.dover.edu.ar), redes sociales y/o enviar a sus compañeros de curso, las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

**ALUMNO/A:** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

**Nota:** Aquella familia que **NO** autorice a mostrar fotos o filmaciones de sus hijos **dentro del ámbito escolar** deberá especificarlo por nota al pie

---

---

---

---

---



# DOVER HIGH SCHOOL

## NIVEL PRIMARIO

CICLO LECTIVO 2021

### ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA COMUNICACIONES

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**ALUMNO/A:** \_\_\_\_\_

**CURSO:** \_\_\_\_\_

Autorizo al colegio a compartir a las familias del curso, los números de teléfono de línea, celulares y teléfono alternativo indicados a continuación.

Me comprometo a comunicar oportunamente si hubiera modificaciones.

#### REPRESENTANTE LEGAL

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

#### REPRESENTANTE LEGAL

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_