



DOVER HIGH SCHOOL

NIVEL SECUNDARIO

CICLO LECTIVO 2021

INFORMACIÓN DE SALIDA DE ALUMNOS

ALUMNO/A: _____

CURSO: _____ TELÉFONOS: _____

* **AUTORIZADO A RETIRARSE AL MEDIODÍA:** No Sí, solo Sí, acompañado

* **SE RETIRA A LA TARDE:** Solo Acompañado Combi

COMBI - Nombre del conductor _____

TELÉFONO: _____

IMPORTANTE:

En las opciones **b) y c)** el alumno deberá esperar al conductor de la combi y/o a la persona autorizada a retirarlo en las puertas interiores del edificio.
Para poder desplazarse solo hacia el portón de salida completar la opción **a)**

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR INCLUIDAS LAS SALIDAS

Completar con letra mayúscula imprenta

	Apellido y Nombre	D.N.I.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

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.
Aclaremos que sólo quedarán autorizadas las personas que figuran en la lista, no cónyuge u otro familiar del autorizado.



NIVEL SECUNDARIO FICHA DE SALUD CICLO LECTIVO 2021

(PARA SER COMPLETADA POR LOS REPRESENTANTES LEGALES)

1. DATOS DEL ALUMNO	Fecha: _____			
Nombre y Apellido: _____				
Dirección: _____				
2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD				
A. ¿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. ¿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"/>				
3. TRATAMIENTOS				
¿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: _____				
4. VACUNAS (entregar fotocopia de la libreta de vacunación actualizada según calendario Nacional de vacunación)				
<input type="checkbox"/> 11 años	<input type="checkbox"/> Triple viral	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Triple bacteriana	<input type="checkbox"/> Meningococo
Otros problemas de salud: _____				

SI EL NIÑO/A TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD	
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 SECUNDARIO

CICLO LECTIVO 2021

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE IMÁGENES 2021

Por medio de la presente SÍ - NO autorizo a publicar en la página web 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.

Lugar y fecha: _____

ALUMNO: _____ **AÑO:** _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL: _____

ACLARACIÓN: _____

D.N.I.: _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL: _____

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 SECUNDARIO

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: _____