



DOVER HIGH SCHOOL

NIVEL PRIMARIO

CICLO LECTIVO 2024

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.

Aclaremos 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 2024

(PARA SER COMPLETADA POR LOS REPRESENTANTES LEGALES)

1. DATOS DEL ALUMNO/A	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: _____	
Otros problemas de salud: _____	
SI EL NIÑO 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 PRIMARIO CICLO LECTIVO 2024

Por medio de la presente **SÍ – NO (Circular la opción que corresponda)** 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.

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 2024

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: _____