



# DOVER HIGH SCHOOL

## NIVEL SECUNDARIO

CICLO LECTIVO 2024

### 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:

El alumno podrá desplazarse hacia el portón de salida si esta autorizado a retirarse SOLO, en caso contrario (ACOMPANADO/COMBI) la persona autorizada deberá retirarlo en las puertas interiores del edificio.

#### 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. Aclaramos 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 2024

(PARA SER COMPLETADA POR LOS REPRESENTANTES LEGALES)

<b>1. DATOS DEL ALUMNO</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: _____				
<b>4. VACUNAS</b> (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: _____				
<b>SI EL ALUMNO/A 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 SECUNDARIO

CICLO LECTIVO 2024

### AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE IMÁGENES 2024

Por medio de la presente SÍ - NO 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.

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 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: \_\_\_\_\_