



# DOVER HIGH SCHOOL

Nivel Inicial 2025

## INFORMACIÓN DE SALIDA DE ALUMNOS

NOMBRE DEL ALUMNO/A: \_\_\_\_\_

SALA: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

**\* SE RETIRA EN COMBI:**

SI  Nombre del conductor \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

NO

**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR  
Y LOS HORARIOS DE SALIDA**

Completar con letra mayúscula imprenta

Apellido y Nombre	D.N.I.

**IMPORTANTE:**

También incluir en la lista a familias 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.

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

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

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



# DOVER HIGH SCHOOL

Nivel Inicial 2025

## FICHA DE SALUD

(PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES)

<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: _____	
<b>4. VACUNAS</b> <b>(entregar fotocopia de la libreta de vacunación actualizada según calendario Nacional de vacunación)</b>	

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

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



# DOVER HIGH SCHOOL

## Nivel Inicial 2025 Autorizaciones anuales

**Solicitamos a Ustedes completar las siguientes autorizaciones anuales:**

1. Autorización de higiene y cambiado.
2. Autorización para la toma, publicación y envío de imágenes y/o filmaciones.

### **1. AUTORIZACIÓN DE HIGIENE Y CAMBIADO**

Autorizo a las docentes de Nivel Inicial del Colegio Dover a higienizar y cambiar la vestimenta de mi hijo/a en caso de ser necesario.

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

### **2. AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES y/o FILMACIONES**

**SÍ - NO** (rodear lo que corresponda) autorizo a publicar en la página web **www.dover.edu.ar y/o en redes sociales (Facebook e Instagram)** las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ALUMNO/A:**

\_\_\_\_\_ **SALA:** \_\_\_\_\_

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

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



# DOVER HIGH SCHOOL

Nivel Inicial 2025

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA COMUNICACIONES

**NOMBRE DELALUMNO/A:** \_\_\_\_\_

**SALA:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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