



# DOVER HIGH SCHOOL

## NIVEL SECUNDARIO

CICLO LECTIVO 2025

### INFORMACIÓN DE SALIDA DE ALUMNOS

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

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

\* AUTORIZADO A RETIRARSE SOLO AL MEDIODÍA: ..... SÍ ..... NO

\* AUTORIZADO A RETIRARSE SOLO A LA TARDE : ..... SÍ ..... NO

\* SE RETIRA EN COMBI - Nombre del conductor \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

El alumno podrá desplazarse hacia el portón de salida si esta autorizado a retirarse SOLO, en caso contrario deberán 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 miembros de 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.



# NIVEL SECUNDARIO FICHA DE SALUD CICLO LECTIVO 2025

(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)						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">11 años</td><td style="width: 20%;">Triple viral</td><td style="width: 20%;">HPV</td><td style="width: 20%;">Triple bacteriana</td><td style="width: 20%;">Meningococo</td></tr></table>		11 años	Triple viral	HPV	Triple bacteriana	Meningococo
11 años	Triple viral	HPV	Triple bacteriana	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 2025

### AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE IMÁGENES 2025

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, 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 2025

### 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: \_\_\_\_\_