



## **AUTORIZACIONES GENERALES PARA JARDÍN DE INFANTES Y PRIMARIA**

*(COMPLETAR UNA POR HIJO/A, AL MOMENTO DE INGRESAR, POR ÚNICA VEZ)*

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**CURSO:**

**SALA:**

**TURNO:**

### **AUTORIZACIÓN PARA EL CAMBIO DE MUDA**

Autorizo a que puedan cambiar de muda de ropa a mi hijo/a en caso de ser necesario.

### **AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS**

Autorizo a mi hijo/a a participar de las distintas salidas didácticas planificadas (museos, teatros, talleres, etc), y a las actividades que se realicen en la parroquia.

### **AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS**

Autorizo a que a mi hijo/a le hagan tomas para fotos individuales y/o grupales durante las actividades que realice junto a otros alumnos/as y/o docentes del Colegio Los Robles, y al uso de las mismas en todas las publicaciones de la Institución sin fines de lucro.

### **AUTORIZACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS**

Autorizo a mi hijo/a a concurrir al campo de deportes a realizar actividades físicas y deportivas y a participar de los torneos y/o encuentros deportivos dentro y fuera del establecimiento, en horario de clases y/o en los días y horarios que el Colegio fije para la realización de actividades extracurriculares no obligatorias. Declaro conocer que la realización de actividades deportivas conlleva el riesgo de lesiones y/o accidentes, liberando al Colegio de toda responsabilidad cuando los mismos sean de carácter fortuitos o involuntarios.

Me comprometo a informar al Colegio cualquier cambio en las condiciones de salud de mi hijo/a, o bien cualquier impedimento físico (lesión, enfermedad, etc.) actual o futuro, que le impida la práctica deportiva, en cuyo caso tramitaré la exención correspondiente.

### **AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR A LA OBRA SOCIAL O COBERTURA DE MEDICINA PREPAGA**

Ante una necesidad llamamos tanto al servicio de emergencias contratado por el Colegio como a la Obra Social o Servicio de Medicina Prepaga. Si la visita del médico tuviera algún costo el mismo será absorbido por el Colegio.

Autorizo a que llamen al servicio de emergencia de mi Obra Social o Cobertura de Medicina prepaga.

**FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR:**

**ACLARACIÓN:**

**N° DE DNI:**

**FECHA:**