Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

### ANEXO VII

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Fecha: ....... /....... /..........

Apellido y Nombres del Alumno ……......................................................…………………

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor:........................................................……..

.................................................................................................................................……..

Dirección: .......................................................... Teléfono: ....................................……...

Lugar a viajar: ..........................................................................................................…….

1. Es alérgico: (si) - (no) (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva, ¿A qué?: .............................................................…….

2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos inflamatorios (\_\_\_)

b) Fracturas o esguinces (\_\_\_)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (\_\_\_)

d) Otras:...................................................................................................................…….

3. Está tomando alguna medicación (si) (no) (tachar lo que no corresponde)

En caso de respuesta positiva, ¿Cuál? Con diagnóstico y prescripción médica ……………………… ……………………………………………………………………………………………………………………

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: ..............................................................................................................................

5. ¿Tiene Obra Social? (si) (no) (en caso de respuesta afirmativa deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet presentando una copia para adjuntar a la presente)

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija ..................

...................................................................... en ...............................................................

a los ................... días del mes de .................................... del año ........................ autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

............................................... ............................................................

Firma Padre, Madre, Tutor

o Representante legal Aclaración de la Firma