

**DATOS DEL ALUMNO**

GRADO / SALA: ..... AÑO: 2018



APELLIDO Y NOMBRE: .....

DOMICILIO:.....TELEFONOS:.....

TELÉFONOS ALTERNATIVOS: .....

COBERTURA MÉDICA: ..... N° DE SOCIO: .....

NOMBRE DEL PADRE: .....

e-mail: .....CELULAR: .....

NOMBRE DE LA MADRE: .....

e-mail: .....CELULAR: .....

(Tomamos conocimiento de que la escuela enviará las comunicaciones institucionales y administrativas a las direcciones de correo electrónico informadas aquí arriba.)

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO/A (debe presentar el D.N.I. cada vez que retire al alumno)

\* ..... D.N.I. ....

\* ..... D.N.I. ....

\* ..... D.N.I. ....

\* ..... D.N.I. ....

\* ..... D.N.I. ....

FAMILIAS DE LA ESCUELA AUTORIZADAS (sólo madre y/o padre) en caso de algún inconveniente eventual y previa comunicación directa al Equipo Directivo.	Curso

Autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ de sala / grado \_\_\_\_\_ a concurrir a las visitas didácticas programadas por la institución para el año 2018. Entiendo que las autoridades escolares velarán por la seguridad de mi hijo/a y las eximo de responsabilidad en caso de accidentes no imputables al personal.

**LAS SALIDAS SERÁN NOTIFICADAS Y ESPECIFICADAS OPORTUNAMENTE**

Firma del padre

Firma de la madre

Aclaración

Aclaración