

Corresponde Expediente N°: 5802-1701421/17

**AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a .....,  
DNI N° ....., domiciliado en la calle .....  
N° ..... de la localidad de ....., Teléfono. ...., que  
concorre al Establecimiento Educativo **E.E.S.T. Nro. 1 “Eduardo Ader” del distrito de Vicente López**, a  
participar en la Salida Educativa a la **visita guiada** a realizarse en el **Complejo Nuclear Atucha**, la cual se  
encuentra ubicada en **Ruta Nac. N° 9 Km. 103 – Lima, Prov. Bs.As**, el día **3 de junio** del corriente.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como  
así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares  
donde se realizarán dichas actividades.

**Autorizo** a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las  
actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo  
cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

**Autorizo**, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y  
a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los  
objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

**Lugar: ..... Fecha: ...../...../2024.**

Firma Padre, Madre, Tutor:..... D.N.I N°: .....

Aclaración de la Firma: .....Teléfono de Urgencia (Consignar varios):  
.....  
.

**Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola  
autorización firmada por los mismos alumnos.**

---

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDA EDUCATIVA**

Fecha: ...../...../2024

Apellido y Nombres del Alumno:.....

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal.....

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 algunas medicación (si) (no) (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva ¿cuál? .....

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

5. ¿Tiene Obra Social? (si) (no) (tachar lo que no corresponda )

En caso de respuesta positiva deberá consignar en 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/a:.....

en ..... a los ..... días del mes de ..... del año 2024,  
autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, 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 o Representante legal

.....  
Aclaración de la Firma

**Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.**