

■ **Alumno/a:**.....

Sección:..... Turno:.....

■ **Datos del Padre:**

Apellido y Nombre:

Tel. Trabajo:..... Celular: Otro tel.:.....

■ **Datos de la Madre:**

Apellido y Nombre:

Tel. Trabajo:..... Celular: Otro tel.:.....

TELÉFONOS DE URGENCIA

Apellido y Nombre	Telefono	Vínculo

AUTORIZACIÓN DE TRASLADO MÉDICO

La Plata..... de..... de 20.....

En caso de urgencia, autorizo a mi hijo/a:

de..... sección - turno:..... a ser trasladado a (marque con una cruz):

Hospital de Niños ☐ Clínica del niño ☐

Otro (especificar):..... Dirección:.....

Firma del padre:

Firma de la madre:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I.:

D.N.I.:

Autorizo a los siguientes adultos a retirar al alumno/a

Apellido y Nombre	DNI	Vínculo	Firma del padre	Firma de la madre

TRANSPORTE ESCOLAR

Autorizo al siguiente transporte a retirar al alumno/a

Datos del transporte escolar:

- Nombre del Transporte:.....
 Habilitación n°:..... Patente:.....

Datos personales del transportista:

- Apellido y Nombre:.....
 Tipo y N° de Documento:..... Telefono:.....
- Apellido y Nombre:.....
 Tipo y N° de Documento:..... Telefono:.....

Firma del padre:

Firma de la madre:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I.:

D.N.I.: