

■ 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:

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO/A

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 parente:

Firma de la madre:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I.:

D.N.I.: