

DECLARACIÓN

Por la presente, quien suscribe _____,
DNI N° _____, estudiante del establecimiento educativo
_____, sito en
_____, de la Ciudad Autónoma de Buenos
Aires, participaré de las actividades presenciales de cierre de año y/o revinculación y/u
orientación que se desarrollarán en el mismo.

DECLARO conocer todos los términos del “PROTOCOLO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE REVINCULACIÓN, ORIENTACIÓN E INTERCAMBIO Y ACTIVIDADES PRESENCIALES DE CIERRE DEL AÑO LECTIVO (Resolución N° 370-CFE/20 - Art. 2.b) 1. 2. y 3.-)” aprobado por Resolución de Firma Conjunta N° 4-GCABA-MEDGC/20 y asumo el compromiso de cumplir todas las pautas allí detalladas.

Asimismo informo que cuento con el siguiente sistema de cobertura de salud:
_____.

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con la/el estudiante: _____

FIRMA DEL/LA ESTUDIANTE

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI

AUTORIZACIÓN

Por la presente, en mi carácter de Referente Familiar o Adulta/o Responsable, **AUTORIZO** a la/el estudiante _____, DNI N° _____ a asistir a las actividades de presenciales de cierre de año y/o revinculación y/u orientación.

Asimismo autorizo a que el mismo se retire por sus propios medios del establecimiento educativo: Sí NO

Para el caso de que no se autorice el retiro por sus propios medios, completar:

La/el estudiante se podrá retirar del establecimiento con las/os adultas/os responsables que se detallan a continuación:

1. Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con la/el estudiante: _____

2. Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con la/el estudiante: _____

En caso de emergencia, dar aviso a:

Apellido y Nombre:

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación con la/el estudiante: _____

Asimismo, informo que la/el estudiante cuenta con el siguiente sistema de cobertura de salud: _____, autorizando, en caso de que así lo requiera la autoridad sanitaria, el traslado del mismo.

Declaro conocer todos los términos del “PROTOCOLO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE REVINCULACIÓN, ORIENTACIÓN E INTERCAMBIO Y ACTIVIDADES PRESENCIALES DE CIERRE DEL AÑO LECTIVO (Resolución N° 370-CFE/20 - Art. 2.b) 1. 2. y 3.-)” aprobado por Resolución de Firma Conjunta N° 4-GCABA-MEDGC/20 y asumo el compromiso de hacer cumplir todas las pautas allí detalladas.

FIRMA REFERENTE FAMILIAR O ADULTO/A RESPONSABLE

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI/LC/LE