

## 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