

# COLEGIO MARIA AUXILIADORA

Brasil 1051 Este. Capital.

## AUTORIZACIÓN EXPRESA

### “Salida al Teatro municipal”

En el departamento Capital, San Juan a los.....días del mes de ..... de 2023, los abajo firmantes señor.....DNI.....  
; y señora.....DNI:..... padres del/la menor..... D.N.I.....; en ejercicio pleno y legítimo de la Responsabilidad Parental autorizamos a nuestro hijo/a, alumno/a regular de sala de.....3....., de Educación Inicial, del COLEGIO MARIA AUXILIADORA, a participar de la Obra de Teatro Justo y Zacarías, los Buenos Vecinos a realizarse en el Teatro Municipal ubicado en calle Mitre pasando calle Mendoza, Capital, San Juan, Argentina 2644214626 Provincia de San Juan, el día miércoles 20 de septiembre , **desde las 14.30hs. Hasta las 16.30 hs.** Siendo responsables de la actividad los docentes del sala, Profesores de Especialidades y directivos. Los Padres deben llevarlos y buscarlos al teatro municipal donde desarrollarán actividades de ver la Obra de Teatro, y merienda en la plaza 25 de mayo. Por este mismo instrumento prestatamos total y expresa conformidad a la Visita, las actividades programadas y detalladas en el mismo, las que declaramos conocer en su totalidad. Asimismo nos notificamos que somos responsables de la conducta de nuestro hijo/a y aceptamos la aplicación del Acuerdo de Convivencia del Colegio; Que la Institución Escolar cuenta con la cobertura médica asistencial contratada con la empresa **PROME S.A.**, autorizando en caso de accidente o emergencia la atención médica inmediata; administración y suministro de medicamentos, indicados por el profesional actuante y eventual traslado de nuestro hijo/a al centro médico más cercano, ya sea por parte de la ambulancia de **SMI** contratada por el Establecimiento Escolar -, por **Servicio de Emergencia 107** de ser necesario o por los propios docentes; Que somos responsables de la información consignada en la ficha médica presentada al comenzar el Ciclo Lectivo Escolar 2023 y la presentada en esta oportunidad particularmente para esta actividad, información que será utilizada por los profesionales médicos en caso de ser necesaria la atención de nuestro/a hijo/a, declarando que todos los datos manifestados en la misma gozan de absoluta veracidad.

Firma de los padres

Firma .....Aclaración.....D.N.I.....

Firma .....Aclaración.....D.N.I.....