

COLEGIO MARIA AUXILIADORA

Brasil 1051 Este. Capital.

AUTORIZACIÓN EXPRESA

“Salida a la Granja Campo Alegre”

En el departamento Capital, San Juan a los.....días del mes de de 2024, 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 nivel inicial sala de, de Educación Inicial, del COLEGIO MARIA AUXILIADORA, a participar en la excursión didáctica/pedagógica a realizarse en Granja Campo Alegre ubicado en calle 9, Médano de oro, Rawson ,2644595030, *Provincia* de San Juan, departamento Rawson, el día jueves 3 de octubre, **desde las 8.00hs. Hasta las 11.30 hs.** Siendo responsables de la actividad los docentes de Sala, Profesores de Especialidades y directivos. Serán trasladados con transporte contratado por la empresa Yafar. Desarrollarán actividades de Juegos, experiencia directa en contacto con los animales. Por este mismo instrumento préstamos 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 2024 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

FirmaAclaración.....D.N.I.....

FirmaAclaración.....D.N.I.....