



ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES PERSONAS ESTÁN AUTORIZADAS A RETIRAR A MI HIJA/O:**

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO
1.		
2.		
3.		

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	TELÉFONO	TEL. ALTERNATIVO
1.			
2.			

**→ PASOS A SEGUIR EN CASO DE ACCIDENTES GRAVES:**

Se llamará a la ambulancia de ECCO Servicios Médicos u otra urgencia médica (dependiendo del lugar donde se encuentre el alumno en el momento del accidente).

- 1) Si hiciera falta un traslado, se efectuará al hospital público más cercano.
- 2) Se llamará de inmediato a la persona consignada con el N° 1 en la ficha.
- 3) En el caso de no poder establecer la comunicación, se llamará a la persona consignada con el N° 2.

Especificar si su hija/o padece de algún tipo de **ALERGIA** y/o **RESTRICCIÓN ALIMENTARIA**:

(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

**SI - NO** autorizo al personal docente del Colegio Confluencia a trasladar a mi hija/o al hospital público más cercano, por intermedio de ECCO Servicios Médicos (u otra) ante la eventualidad de que requiera atención médica inmediata.

**SI - NO** autorizo a que mi hija/o **se retire por sus propios medios** cuando el Consejo Provincial de Educación de Neuquén disponga suspensión de clases por ALERTA METEOROLÓGICA.

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable del estudiante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Fecha