COLEGIO CONFLUENCIA

FICHA RETIRO ESTUDIANTES y URGENCIAS

NIVEL INICIAL

AÑO: _____

ESTUDIANTE: _____ SALA: _____

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 Nº 1 en la ficha.

3) En el caso de no poder establecer la comunicación, se llamará a la persona consignada con el Nº 2.

IMPORTANTE:

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

_____

_____

Autorizo al personal docente del Colegio Confluencia a trasladar a mi hijo/a al hospital público más cercano, por intermedio de ECCO Servicios Médicos (u otra) ante la eventualidad de que requiera atención médica inmediata.

_____ _____ _____

Firma del responsable del estudiante | Aclaración | Fecha