



ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

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

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO
1.		
2.		
3.		

IMPORTANTE:

INCLUIR NOMBRE DE HERMANOS DE NIVEL SECUNDARIO SI ESTUVIERAN AUTORIZADOS A RETIRARLOS.

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**:

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