

**ESTOS DATOS SON DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL CUIDADO DE LOS ALUMNOS/AS,  
POR FAVOR LLENAR LA FICHA DE MANERA COMPLETA Y CLARA**

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Sección/Modalidad: \_\_\_\_\_

Celular del alumno/a: \_\_\_\_\_

E-mail del alumno/a: \_\_\_\_\_

Los alumnos serán entregados únicamente y sin excepción a sus padres o a personas mayores de 18 años que ellos hayan autorizado por escrito. Debe estar designada al menos una persona que pertenezca al grupo escolar de su hijo/a para cualquier situación de emergencia. No son válidas las autorizaciones escritas, telefónicas, por correo electrónico, ni fax.

De acuerdo a las disposiciones legales vigentes que regulan el ejercicio de la patria potestad (Código Civil Argentino) cualquiera de los progenitores se encuentra habilitado en forma indistinta para el retiro de sus hijos/as del establecimiento educativo, a menos que existiere una orden judicial comunicada en debida forma al Colegio Ward, que dispusiere algo diferente.

**I. MODALIDAD DE RETIRO Y ALMUERZO (marcar lo que corresponda)**

- El alumno/a se retira a las 12.30 hs. solo
- El alumno/a no se retira a las 12.30
- Si permanece en el colegio almuerza en: **(solo 1 alternativa es posible; si se cambia de modalidad avisar en preceptoría)**
  - en comedor
  - en cafetería
  - en vianda
- El alumno/a se retira solo a las 16.50
- El alumno/a no se retira solo a las 16.50

**II. PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO/A**

Consignar nombre y apellido	Consignar nombre y apellido
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

III. **DATOS DE LOS PADRES/TUTORES** (completar con letra clara por favor)

Nombre de la madre:	
Teléfono hogar	
Teléfono laboral	
Teléfono celular	
E-mail:	
Nombre del padre:	
Teléfono hogar	
Teléfono laboral	
Teléfono celular	
E-mail:	

IV. **AUTORIZACION PARA FOTOS**

SI  / NO  autorizo a la Asociación Ward a utilizar, con fines de comunicación institucional, fotografías de mi hijo/a.

Apellido y nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

V. **FICHA DE COMPROMISO**

Declaramos que los datos escritos en las páginas 1 y 2 de la presente ficha son ciertos, y que conocemos el *Cuadernillo Informativo de Educación Secundaria*, prestando expresa conformidad con el mismo y comprometiéndonos a respetarlo y hacerlo respetar.

D. F. Sarmiento, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma de la madre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Firma del alumno \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

**EMERGENCIA MÉDICA** *(Completar con letra clara por favor)*

Obra Social/ Prepaga: \_\_\_\_\_ Numero de afiliado/a: \_\_\_\_\_

Lugar a trasladar (Debe ser el lugar más cercano al Colegio previsto por la Obra Social/Prepaga)

\_\_\_\_\_  
(El alumno será trasladado al lugar sugerido por la familia a menos que el servicio médico de urgencia contratado por la institución, determine la conveniencia de otro lugar adecuado para el tipo de emergencia)

Persona/s a quien avisar en caso de necesidad y teléfonos respectivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Conforme la normativa vigente se encuentra prohibido la prescripción y/o suministro de medicamentos por parte de los docentes, debiendo ocuparse de tal cuestión las familias y/o responsables de los alumnos.

Como excepción en casos de fiebre alta a requerimiento de la familia podrá suministrarse algunos de los medicamentos indicados más abajo previa autorización de la misma. El suministro de medicamento estará a cargo exclusivamente de la Clínica Médica del Colegio.

-----  
En caso de tener mi hijo/a fiebre alta SI  NO  (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Clínica Médica del Colegio (médico/a y/o enfermero/a) a suministrar este medicamento:

IBUPROFENO

PARACETAMOL

ASPIRINETA/ ASPIRINA

(Marcar las opciones que correspondan)

**Importante**

**(Siendo que los productos medicinales generar efectos diversos y diferentes para cada individuo, los cuales surgen de los propios informes de los laboratorios que elaboran dichos productos, liberamos en forma expresa y absoluta de toda responsabilidad al Colegio y/o a su Clínica Médica por cualquier efecto adverso o colateral que pudiere padecer nuestro hijo/a como consecuencia del suministro del producto medicinal precedentemente mencionado.)**

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma de la madre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_