



## RETIRO Y EMERGENCIA MÉDICA 2023

POR FAVOR COMPLETAR LA FICHA DE MANERA COMPLETA Y CLARA

ENTREGAR ANTES DEL PRIMER DÍA DE CLASES JUNTO A FOTOCOPIA,  
DNI Y CARNET DE OBRA SOCIAL

### 1) DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE Y APELLIDO:	
CURSO:	SECCIÓN/ORIENTACIÓN:
CELULAR DEL ESTUDIANTE:	
E-MAIL:	
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:

Los estudiantes podrán retirarse únicamente y sin excepción con sus padres o personas mayores de 18 años que estén debidamente autorizados por escrito en esta ficha de retiro. 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 telefónicas, por correo electrónico o WhatsApp.

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.

### 2) RETIRO DE LA INSTITUCIÓN

El estudiante se retira solo a las 12:30 horas.

El estudiante se retira solo a las 16:50 horas.

SI	NO

No se autorizará el retiro anticipado de ningún estudiante por medio de nota escrita y firmada.

**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ESTUDIANTE EN CASO DE RETIRO ANTICIPADO**

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

**3) DATOS DE PADRE / MADRE / RESPONSABLE LEGAL**

<b>NOMBRE DEL PADRE/MADRE/RESPONSABLE LEGAL</b>	
<b>Teléfono celular:</b>	<b>Teléfono del hogar:</b>
<b>Teléfono laboral:</b>	<b>E-mail:</b>

<b>NOMBRE DEL PADRE/MADRE/RESPONSABLE LEGAL</b>	
<b>Teléfono celular:</b>	<b>Teléfono del hogar:</b>
<b>Teléfono laboral:</b>	<b>E-mail:</b>

#### 4) FICHA DE COMPROMISO

Declaramos que los datos en la presente ficha son ciertos, y que conocemos el Cuadernillo Digital Informativo de Educación Secundaria (inWARD/portal web), prestando expresa conformidad con el mismo y comprometiéndonos a respetarlo y hacerlo respetar.

D. F. Sarmiento, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

<b>Firma del padre/madre/responsable legal</b>	<b>Firma del padre/madre/responsable legal</b>
<b>DNI</b>	<b>DNI</b>
<b>Aclaración</b>	<b>Aclaración</b>

## EMERGENCIA MÉDICA – Ciclo lectivo 2023

(Por favor completar con letra clara)

<b>NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE:</b>	
<b>CURSO:</b>	<b>SECCIÓN/ORIENTACIÓN:</b>
<b>OBRA SOCIAL/PREPAGA:</b>	
<b>NÚMERO DE AFILIADO:</b>	
<b>LUGAR A TRASLADAR (debe ser el lugar más cercano al colegio previsto por la obra social/prepaga)</b>	

(El estudiante 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).

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

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 (tachar lo que no corresponde) AUTORIZO a la Clínica Médica del Colegio (médico/a y/o enfermero/a) a suministrar este medicamento (Seleccionar con una X las opciones posibles):

IBUPROFENO	
PARACETAMOL	
ASPIRINETA/ ASPIRINA	

**Importante**

Siendo que los productos medicinales generan 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/madre/responsable legal	Firma del padre/madre/responsable legal
DNI	DNI
Aclaración	Aclaración

---

SOLO PARA ESTUDIANTES DE 1ER AÑO - ALUMNOS NUEVOS

---

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMAGEN

### Estimadas Familias:

Durante el ciclo lectivo el Colegio Ward realiza fotografías y /o videos con el fin de obtener un registro visual y/o auditivo de sus actividades. Algunas de las mismas son utilizadas con fines de difusión y/o publicidad a través de distintos medios institucionales del Colegio, tales como: sitio WEB (www.ward.edu.ar), Boletín electrónico, Revista NetWard y otras presentaciones, y en su caso por otros medios de mayor difusión, externos al Colegio, como redes sociales, medios escritos, radiales y/o visuales.

Les solicitamos tengan a bien responder a la brevedad si autoriza a que su hijo/a figure en los medios mencionados. Para ello deberá completar el talón adjunto. Desde ya la autorización no implica necesariamente que todas las fotografías tomadas serán utilizadas.

### MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE REFLEJE SU DECISIÓN

Autorizo al Colegio Ward a utilizar, por tiempo indeterminado, y en forma gratuita, con fines de comunicación institucional y/o publicidad, fotografías y/o videos, individuales y/o grupales, en los términos arriba indicados, del/la alumno/a \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Nivel Secundario.

SI  NO

---

FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

---

ACLARACIÓN

/ /  
\_\_\_\_\_  
FECHA