

AUTORIZACIÓN Y REGLAMENTO

Atención!

**Esta documentación debe ser entregada a su Preceptor.
No válido como Reserva de Viaje.**

Buenos Aires, _____ de _____ de 20____.-

Por medio de la presente autorizo a mi hija/o _____ de _____ (año, div. y turno), a realizar el viaje de estudios a _____ entre los días _____ de _____ y _____ de _____ del corriente año y declaro conocer todas las actividades e itinerario de dicho viaje. Asimismo reconozco y acepto las condiciones presentes en el siguiente reglamento:

La participación de los alumnos en cualquiera de los viajes educativos organizados por la Escuela Superior de Comercio "Carlos Pellegrini" implicará la aceptación en forma incondicional de las siguientes normas:

- 1) Durante el transcurso de las excursiones el alumno deberá cumplir con las indicaciones pertinentes a la seguridad y organización general del grupo.
- 2) El alumno deberá participar en todas las excursiones y actividades previstas en el programa, salvo indicación médica en contrario o directa decisión de los coordinadores.
- 3) El alumno deberá cumplir con los horarios estipulados de comida, salida en las excursiones, etc.
- 4) No se permitirán salidas fuera del camping, complejo u hotel exceptuando aquellas que cuenten con la directa supervisión de los coordinadores.
- 5) El alumno será responsable de los eventuales daños materiales que causare durante el transcurso del programa, en el bus, las instalaciones, etc.
- 6) El alumno deberá completar obligatoriamente la ficha médica y poseer todas las dosis actualizadas del Plan Nacional de Vacunación Obligatorio. En caso de presentar (o haber presentado recientemente) alguna afección deberá adjuntar un alta médico.
- 7) Los organizadores se reservan el derecho de modificar las excursiones y actividades programadas por causa de fuerza mayor o en caso de que pudiera verse afectada la seguridad de los pasajeros. Las excursiones que no pudieran realizarse por los motivos expuestos, serán reemplazadas por otras de semejante valor y contenido.
- 8) Los organizadores se reservan el derecho de limitar la participación a las excursiones o actividades, o llegado el caso, de que abandone el tour el alumno que por motivos de conducta, estado de salud, etc., interfiera con el normal desarrollo del programa previsto, en este caso el alumno regresaría con un adulto acompañante.
- 9) El consumo de alcohol y/o drogas prohibidas, así como cualquier causal de indisciplina será pasible de suspensión de actividades para el alumno y medidas disciplinarias entre las que se encuentran el retorno a Buenos Aires (siempre acompañado por un adulto responsable, salvo autorización por escrito en contrario de los padres) además de las sanciones correspondientes que la escuela disponga. El costo que genera dicho traslado estará a cargo de la familia.
- 10) Durante la totalidad del viaje, será de aplicación el Reglamento de Convivencia que rige en la escuela.
- 11) Los coordinadores, profesores y personal del colegio que participan en el programa no tendrán responsabilidad de ningún tipo sobre cualquier accidente o contingencia que pueda surgir a raíz del incumplimiento por parte del alumno de las cláusulas precedentes.
- 12) El equipaje personal del alumno queda bajo su cuidado y responsabilidad, sin que el Colegio o los coordinadores sean responsables por pérdida o daños que pudiera sufrir. Cualquier incidente que pudiere suceder con el equipaje en el ómnibus o en el hotel, responderán los seguros que ellos poseen si les fuere imputable.

FIRMA RESPONSABLE A CARGO

ACLARACIÓN Y TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FIRMA DEL ALUMNO

ACLARACIÓN Y TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

F-COME-05-01-FICHA MEDICA

COLEGIO: _____ **AÑO:** _____ **DIVISIÓN:** _____ **TURNO:** _____

DATOS PERSONALES:

Nombre Apellido: _____ Edad: _____ años. Fecha de Nacimiento: ___/___/_____
D.N.I.: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ En
caso de emergencia avisar a: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

ANTECEDENTES ALÉRGICOS:

Grupo Sanguíneo: Grupo _____ Factor _____ Medicamentos: _____ Penicilina: _____
Comidas: _____ Alérgico: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:

Padece o padeció: (marque con **X** lo que corresponda)

Rubéola: _____, Anginas: _____, Sarampión: _____, Bronquitis: _____, Otitis: _____, Inf. Urinarias: _____, Varicela: _____
Poliomilitis: _____, Diabetes: _____, Convulsiones: _____, Hepatitis: _____, Otras: _____

TENDENCIA A:

Resfríos _____ Hemorragias _____ Conjuntivitis _____ Jaquecas _____ Diarreas _____ Afec. Hepáticas _____
Enuresis _____ Afec. al oído _____ Constipación _____ Desmayos _____ Vómitos _____ Otras _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: (diagnóstico y fecha). _____

VACUNACIÓN: marque con **X**. Antitetánica ___ fecha ___/___/___ Antisarampionosa ___ fecha ___/___/___

SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:

DIAGNOSTICO _____

MEDICAMENTOS _____ DO

SIS _____

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

La presente ficha tiene carácter de declaración jurada, dándose por ciertos los datos consignados. Por la presente, en mi carácter de padre, madre, tutor o encargado autorizo a los facultativos que deban atender a mi hijo, a que realicen prácticas médicas y / o intervenciones quirúrgicas aconsejables para el tratamiento de un accidente o enfermedad.

Firma del padre, madre o tutor.

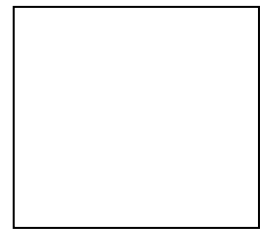
D.N.I

ACLARACIÓN



Escuela Superior de Comercio
"Carlos Pellegrini"

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD
Escuela Superior de Comercio
"CARLOS PELLEGRINI"



Apellido y Nombre del Alumno: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad Actual: ____ años DNI N° _____

Médico Pediatra/de familia: _____ Teléfono de contacto: _____

Cobertura Médica: _____ Plan: _____ Número Afiliado: _____

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

2. Lugar: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

En caso de Emergencia comunicarse con:

Apellido/nombre: _____ vínculo: _____ Tel. de contacto: _____

Apellido/nombre: _____ vínculo: _____ Tel. de contacto: _____

Información General:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH: _____ Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm.

Vacunación completa (incluye HPV)

SI

NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

Anomalías Congénitas	SI	NO	Alteraciones en el Aparato Cardiovascular		
			SI	NO	
Detallar:			Cardiopatías Congénitas o Infecciosas	SI	NO
Otras anomalías que se debieran considerar:	SI	NO	Arritmias o soplos	SI	NO
Detallar:			Circulatoria	SI	NO
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO
Detallar:			Hipercolesterolemia	SI	NO
Alteraciones Emocionales	SI	NO	Hemofilia	SI	NO
Detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:	SI	NO

Alteraciones en el Aparato Respiratorio			Alteraciones en la Estructura Abdominal		
Anomalías Respiratorias	SI	NO	Hernias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO	Cirugías	SI	NO
Anginas	SI	NO	Úlcera Gastroduodenal	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO			
Otras situaciones a considerar, detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:		

Alteraciones en la Nutrición			Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular		
Obesidad	SI	NO	Fracturas	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO	Luxaciones	SI	NO
Celiaquía	SI	NO	Esguinces	SI	NO
			Lesiones Ligamentosas	SI	NO
			Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO
			Correcta organización Columna vertebral	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:			Otras situaciones a considerar, Detallar:		

Ha padecido o padece en la actualidad					
Convulsiones	SI	NO	Sarampión	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Hemorragias	SI	NO	Mononucleosis Inf.	SI	NO
Procesos Infecciosos	SI	NO	Parotiditis	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Dengue	SI	NO	Vértigos/mareos	SI	NO
			Otras situaciones a considerar, Detallar:		

Alergias

Especificar y fechas: _____

- **Agudeza visual. ¿Usa lentes?**

- **Evaluación auditiva. Normal**

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

Cefaleas	SI	NO	Dolor en el Pecho	SI	NO
Mareos	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Vómitos	SI	NO	Pérdida de conciencia	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO	Otros síntomas, detallar:		

¿Toma alguna medicación en forma regular?

Motivo _____

- **Descripción:** _____
- **Fecha estimada inicio del tratamiento:** _____
- **Dosis:** _____
- **Administración:** _____

¿Ha sido internado alguna vez?

SI

NO

¿Cuándo?: _____

¿Por qué?: _____

¿Fue Operado en algún momento?

SI

NO

¿Cuándo? _____

¿De Que? _____

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar: _____

OBSERVACIONES:

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades de la Institución, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha: ___/___/___

Firma de Padre: _____ Aclaración: _____ D.N.I. N°: _____

Firma de la Madre: _____ Aclaración: _____ D.N.I. N°: _____

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

(para ser firmado por un profesional de la salud)

Ciudad de Buenos Aires, _____ de _____

Certifico que _____ DNI: _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar en actividades escolares, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma: _____

Sello y Matrícula: