

**RETIRO Y EMERGENCIA MÉDICA**

(Completar y entregar en la Secretaría del Nivel Primario)

ALUMNO: .....

Año: ..... División: .....

Dirección de email de los padres:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1) MODALIDAD DE RETIRO:** (Marcar con una cruz)

🕒 ¿Se retira a las 12:20?      SI       NO

a) Si se retira para almorzar fuera del Colegio, está autorizado a hacerlo con (indicar nombre, apellido, parentesco y Nro. DNI): .....

.....

b) Si permanece en el Colegio, almuerza: ( marcar con un círculo lo que corresponda)

\* En el comedor                      \* en la cafetería                      \* con vianda

🕒 Se retira a las 17:00 con las siguientes personas autorizadas:

NOMBRE DE LA PERSONA	RELACIÓN CON EL ALUMNO	D.N.I.

**2) Referencia en caso de EMERGENCIA MÉDICA:**

Teléfono del hogar: .....

Nombre del padre ..... Teléfono celular del padre .....

Nombre de la madre ..... Teléfono celular de la madre .....

PERSONA A LA QUE PERTENECE EL TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO	TELÉFONOS ALTERNATIVOS

Obra social/ prepaga: .....

Nro. De afiliado: .....

Lugar a trasladar: (previo aviso a los padres o tutores) .....

.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Fecha