

INSTITUTO ZACCARIA A-192 [www.institutozaccaria.edu.ar](http://www.institutozaccaria.edu.ar) ( **ENTREGAR EN MANO)**

Av Montes de Oca 1844 CABA – TE: 4301-9016/ 4302-2895 – Face: inst. Zaccaria

**ALUMNO DE ……….. – Turno:………………..**

Apellido y nombre:…………………………………………………….…………………………………..

Fecha de nacimiento:……………………………………………….….edad:………………….años

Domicilio:……………………………………………….……localidad…………………………………

Teléfono del Responsable:,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, Correo Electrónico del Responsable:…………………………………………….…

Presenta el/la alumno/a ENFERMEDADES de base/riesgo? SI NO Cuáles?:………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RELACION FAMILIAR** | **Con quien vivo?** | **EDAD DE RIESGO SI-NO** |
| PADRE |  |  |
| MADRE |  |  |
| HERMANOS |  |  |
| HIJOS |  |  |
| OTROS |  |  |

|  |
| --- |
| **Autorizo a mi hijo …………………………………………………………………………………………con**  **DNI………………………………..…, a concurrir al Establecimiento educativo, en los horarios**  **restringidos estipulados, participando de clases presenciales designados para el**  **curso/sala………………… del Nivel……………………… acorde al Protocolo emanado por nuestros**  **Organismos superiores y autoridades gubernamentales CABA, el cual conozco y acepto,**  **asimismo aquellas normas que son propias del Instituto. Declaro conocer que la atención al**  **publico del Establecimiento se efectúa a través de la ventanilla de Portería, no permitiendo el**  **ingreso. Como responsable del menor me comprometo a informar con inmediatez a las**  **autoridades en caso de existir sospecha o padecer síntomas compatibles a covid ya sea el**  **niño/joven o alguna persona de su núcleo familiar o que haya tenido relación directa con una**  **persona infectada, con alguno de los nombrados, para tomar las precauciones pertinentes.**  **Otorgo especial permiso para que mi hijo/a se retire por sus propios medios, sin mediar especial**  **autorización, siendo esta de validez absoluta, en caso de ausencia el docente cualquiera fuese el**  **horario.-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**  **De incumplir alguna pauta, el alumno/a no podrá ingresar al Establecimiento.------------------------**  DECLARO conocer todos los términos del “PROTOCOLO DE PRESENCIALIDAD y asumo el compromiso de cumplir todas las pautas allí detalladas. Asimismo informo que cuento con el siguiente sistema de cobertura de salud:  En caso de emergencia, dar aviso a: Apellido y Nombre:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del responsable…………………………………………FECHA:……….………………………  Aclaración:…………………………………………………………DNI…………………………………. |