

Solicitud para la realización de Salida Educativa / Salida de Representación Institucional (tachar lo que no corresponda)

Región IV
Distrito 119 BERAZATEGUI
Institución educativa E.E.S. Nº 20
Domicilio Cno.GRAL. BELGRANO Nº 4514 Sourigues – BERAZATEGUI **Teléfono** 4223-7502
Denominación del Proyecto

Lugar a visitar

(consignar dirección, localidad, distrito y teléfono si hubiere)
Fecha de salida _____ **Lugar** _____
Hora _____
Fecha de regreso _____ **Lugar** _____
Hora _____
Itinerario (detalle pormenorizado del mismo): _____

Actividades _____
Cronograma diario _____

Datos del/los docente/s a cargo
Apellido y Nombre _____ **Cargo** _____
Apellido y Nombre _____ **Cargo** _____
Apellido y Nombre _____ **Cargo** _____
Apellido y Nombre _____ **Cargo** _____

Cantidad de alumnos _____

Cantidad de docentes acompañantes _____

Cantidad de no docentes acompañantes _____

Total de personas _____

(Sólo para salidas de más de 24 horas)

Hospedaje _____ **Teléfono** _____

Domicilio _____ **Localidad** _____

Gastos estimativos de la actividad y modo de solventarlos _____

**El Director del establecimiento o responsable de la actividad propuesta
Arbitrará los medios para garantizar la seguridad del lugar a recorrer o
visitar, para luego consignar en el proyecto con detalle pormenorizado:**

- 1. Condiciones y limitaciones**
- 2. Infraestructura disponible**
- 3. Lugares alternativos para guarecerse en caso de mal tiempo**
- 4. Medio de transporte para ingreso y egreso del lugar**
- 5. Centro asistencial o nosocomio más cercano (Dirección y teléfono)**
- 6. Comisaría de la zona (dirección y teléfono)**
- 7. Vías de comunicación telefónica existentes en el lugar**

Lugar y fecha
Firma de Autoridad del Establecimiento

Lugar y fecha
Firma del Inspector

Lugar y fecha
Firma del Inspector Jefe Distrital
(si correspondiere)

Lugar y fecha
Firma del Inspector Jefe Regional
(si correspondiere)

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a,
DNI N°....., domiciliado en la calle
de la localidad de, T.E.,
que concurre al Establecimiento Educativo N°EES N° 20 del distrito **119 BERAZATEGUI**.
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional, a realizarse en la
localidad de..... el/los días del mes de.....del
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características
particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a
desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las
actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo,
sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y
a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los
objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar:

Fecha:

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N°

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha /..... /.....

Apellido y Nombres del Alumno

.....

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

.....

Dirección Teléfono:

Lugar a Viajar:.....

1. ¿Es alérgico? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

.....

.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras:

.....

3. ¿Está tomando alguna medicación? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

.....

.....

5. ¿Tiene Obra Social? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

.....en.....

a los.....días del mes de.....

del año, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma

PLAN DE ACTIVIDADES DE SALIDA EDUCATIVA

Institución educativa	Sala, grupo, año	DIVISIÓN	AREA/MATERIA/ASIGNATURA/ESPACIO CURRICULAR	DOCENTE RESPONSABLE
EES Nº 20 BERAZATEGUI				

Se adjunta copia del proyecto en fojas

OBJETIVO/S DE LA SALIDA	FECHA DE LA SALIDA	LUGAR/ES QUE SE VISITARÁN

ACTIVIDADES PREVIAS		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES

ACTIVIDADES DURANTE EL DESARROLLO		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES

EVALUACIÓN		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES

FIRMA DOCENTE RESPONSABLE	FIRMA JEFE DE DEPARTAMENTO (Si corresponde)	FIRMA DIRECTOR/A

PLANILLA INFORME DE TRANSPORTE A CONTRATAR

Nombre de la persona o razón social de la empresa

Nombre del gerente o responsable

Domicilio del propietario o la empresa

Teléfono del propietario o la empresa

Domicilio del gerente o responsable

Teléfono

Teléfono Móvil

Titularidad del vehículo

Habilitación del Vehículo (número de registro, fecha, tipo de habilitación)

Cía. aseguradora

Numero de póliza

Tipo de seguro

Nombre del conductor

DNI del conductor

Número de carnet de conducir y vigencia

Adjuntar fotocopia de Constancia de habilitaciones, carnet de conductor, DNI de conductor o conductores (choferes)

Si se contratare transporte público de pasajeros se consignaran los datos de los respectivos pasajes o boletos

PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES:

Nombre del Proyecto/Salida:

Lugar, Día y hora de salida

Lugar, Día y hora de regreso

Lugares de estadía – domicilios y teléfonos

Nombre de los acompañantes

Teléfono de los acompañantes

Empresa y/o empresas contratadas, nombre, dirección, teléfonos

Otros datos de la Infraestructura disponible

Hospitales y centros asistenciales cercanos – direcciones y teléfonos

Información sobre vías o medios alternativos de acceso y transporte al lugar

Otros datos de interés: