

**ESCUELA NORMAL SUPERIOR N° 5**  
**"GRAL. DON MARTIN MIGUEL DE GÜEMES"**

"AÑO 2020 Bicentenario de fallecimiento del General Manuel Belgrano"

Arcamendia 743 C. A. B. A. - C.P. 1274  
Teléfono 4301-6688/4302-6688 – ens5@bue.edu.ar

---

Imprimir o copiar (textual) en forma manuscrita y entregar completa.

**AUTORIZACIÓN**

Por la presente, en mi carácter de Referente Familiar o Adulta/o Responsable, **AUTORIZO** a la/el estudiante \_\_\_\_\_, DNI N° \_\_\_\_\_ a asistir a las actividades de presenciales de cierre de año y/o revinculación y/u orientación.

Asimismo autorizo a que el mismo se retire por sus propios medios del establecimiento educativo: Sí  NO

Para el caso de que no se autorice el retiro por sus propios medios, completar: La/el estudiante se podrá retirar del establecimiento con las/os adultas/os responsables que se detallan a continuación:

1. Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con la/el estudiante: \_\_\_\_\_

2. Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con la/el estudiante \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, dar aviso a:**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con la/el estudiante: \_\_\_\_\_

Asimismo, informo que la/el estudiante cuenta con el siguiente sistema de cobertura de salud: \_\_\_\_\_, autorizando, en caso de que así lo requiera la autoridad sanitaria, el traslado del mismo.

Declaro conocer todos los términos del Protocolo "Protocolo de Actividades Educativas de Revinculación, Orientación e Intercambio y Actividades Presenciales de Cierre del Año Lectivo (Resolución N° 370-cfe/20 - art. 2.b) 1. 2. y 3.-) aprobado para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y asumo el compromiso de hacer cumplir todas las pautas allí detalladas.

#### **FIRMA REFERENTE FAMILIAR O ADULTO RESPONSABLE**

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/CI/LC/LE