



Ficha de Registro de Firmas

Nivel Secundario

Datos del alumno

Apellido y nombres: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio (calle y número): _____ CP: _____ Barrio: _____

Tel.: _____ Nivel Secundario Año Lectivo / División: _____

Datos del padre (o tutor)

Apellido y nombres: _____

D.N.I.: _____ Nacionalidad: _____

Estudios cursados: _____

Profesión: _____ Ocupación actual: _____

Observaciones: _____

Datos de la madre

Apellido y nombres: _____

D.N.I.: _____ Nacionalidad: _____

Estudios cursados: _____

Profesión: _____ Ocupación actual: _____

Observaciones: _____

En caso de no poder concurrir al establecimiento, autorizamos para su retiro a:

1) Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Firma y aclaración

2) Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Firma y aclaración

Padre / Tutor
Firma y aclaración

Madre
Firma y aclaración



Acta de acuerdo sobre Jornada Escolar

Alumno/a: _____

Nivel Secundario, Año y División: _____ Año calendario: 20 _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Por la presente, _____ (nombre del padre) y
_____ (nombre de la madre) (en su reemplazo datos del tutor),

como responsables del menor _____ (nombre del alumno),

con DNI _____, alumno regular del _____ año, división: ____ del Nivel Secundario,
turno _____ del establecimiento; en ejercicio de los derechos y obligaciones inherentes a laPatria Potestad que sobre él/ella ejercemos, prestamos nuestra conformidad para que el mismo pueda
ingresar con retraso o retirarse anticipadamente del Establecimiento los días que por ausencia de
profesores u otras causas justificadas a criterio de la Dirección Escolar, la jornada escolar se vea alterada.Asimismo declaramos asumir la total responsabilidad legal sobre todos los actos, actitudes y eventuales
accidentes que el menor realice, provoque o sufra, desde el momento que abandone el Establecimiento.
Se firma la presente en el local del Establecimiento escolar frente a _____
en su carácter de _____ del mismo.

Responsable del alumno: Firma
Aclaración: _____
Tipo y N° de Documento: _____
Domicilio: _____
Tel.: _____

Responsable del alumno: Firma
Aclaración: _____
Tipo y N° de Documento: _____
Domicilio: _____
Tel.: _____

Firma y sello del Establecimiento

Pilar, _____ de _____ de 20 _____

Autorizo a que en caso de accidente, mi hijo/a sea trasladado al centro de salud correspondiente
para su atención médica. Esta atención sólo es para accidentes dentro de la Escuela.**Padre. (Firma)**

Aclaración: _____

DNI / LC / LE / DU: _____

Madre. (Firma)

Aclaración: _____

DNI / LC / LE / DU: _____

Tutor legal. (Firma)

Aclaración: _____

DNI / LC / LE / DU: _____

Encargado. (Firma)

Aclaración: _____

DNI / LC / LE / DU: _____