INSTITUTO DE VANGUARDIA

"Una propuesta diferente para una educación integral"

Familia: Solicitamos a ustedes, completar TODOS los datos requeridos en la presente planilla.

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

NACIONALIDAD: ..... DNI: .....

DOMICILIO: ..... LOCALIDAD: .....

TELÉFONO DEL ALUMNO/A: ..... MAIL DEL A UMNO/A: .....

DATOS DE LA MADRE

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO: .....

NACIONALIDAD: ..... TELÉFONO LABORAL: .....

OCUPACIÓN: ..... CELULAR PARTICULAR: .....

DNI: ..... DIRECCIÓN DE MAIL: .....

DATOS DEL PADRE

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO: .....

NACIONALIDAD: ..... TELÉFONO LABORAL: .....

OCUPACIÓN: ..... CELULAR PARTICULAR: .....

DNI: ..... DIRECCIÓN DE MAIL: .....

DATOS DEL TUTOR o RESPONSABLE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO: .....

NACIONALIDAD: ..... TELÉFONO LABORAL: .....

OCUPACIÓN: ..... CELULAR PARTICULAR: .....

DNI: ..... DIRECCIÓN DE MAIL: .....

AUTORIZACIÓN DE HORARIOS ALTERNADOS

En concordancia con la resolución N° 03/20 Plan jurisdiccional de la Provincia de Buenos Aires para un regreso seguro a las clases presenciales AUTORIZO a mi hijo/a.....
DNI.....CURSO.....

a cumplir con el protocolo de ingreso y egreso a clases en horarios alternados según cronograma presentado por la Institución

Firma del adulto responsable: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

PERSONAS AUTORIZADAS PARA EL RETIRO ANTICIPADO DEL ALUMNO

Se solicita registrar datos personales y firmas de todas las personas mayores de edad autorizadas por ustedes, para retirar al alumno del establecimiento. Nota: la presente autorización no es válida para la firma de boletines o notificaciones de ningún tipo.

APELLIDO y NOMBRE	DNI	FIRMA	PARENTESCO