

	COLEGIO CAMPESTRE SAN JOSÉ 61 AÑOS "Formando desde la vida para la vida"
	AUTORIZACIÓN PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTES A SALIDA PEDAGÓGICA

El colegio Campestre San José con código DANE: 311848000294, de la ciudad de Bogotá, indica que _____ (Madre/Acudiente) con número de identificación _____ y _____ (Padre/Acudiente) con número de identificación _____ que, como representantes legales del estudiante _____ con número de identificación _____ y la edad de _____ años, han sido informados de la salida pedagógica de la institución a realizarse en la región de Colombia conocida como _____, para las fechas _____, conociendo los detalles acerca del itinerario, lugares a visitar, condiciones de hospedaje, transporte y demás requerimientos legales establecidos en la Directiva Ministerial 055 emitida por el Ministerio de Educación Nacional el 18 de diciembre del 2014 en referencia a las orientaciones para planeación, desarrollo y evaluación de las salidas escolares. Y que luego de conocer las condiciones de participación del estudiante, resuelto las inquietudes y comprendido en su totalidad la información de esta actividad:

() **Autorizan la asistencia del estudiante a la salida pedagógica**

() **No Autorizan la asistencia del estudiante a la salida pedagógica**

Nota: En caso de que el estudiante asuma actitudes que estén fuera de los Reglamentos establecidos por la Institución, los docentes encargados de la salida seguirán el debido proceso sobre las faltas que pudiese cometer acorde con el manual de convivencia del Colegio Campestre San José.

PADRE DE FAMILIA /ACUDIENTE	MADRE DE FAMILIA/ ACUDIENTE
NOMBRE:	NOMBRE:
CC:	CC:
Teléfono(s) de contacto:	Teléfono(s) de contacto:
FIRMA:	FIRMA:

Lugar y fecha: _____

Visto aprobado por rectoría: _____

**COLEGIO CAMPESTRE SAN JOSÉ**

61 AÑOS "Formando desde la vida para la vida"

AUTORIZACIÓN PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTES A SALIDA PEDAGÓGICA**FICHA MÉDICA DE ESTUDIANTE**

NOMBRE COMPLETO:		SEXO:
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD: _____ Años
TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIAS:		TIPO DE SANGRE
MEDICAMENTOS		RH: TIPO:
NOMBRE 1: _____ DOSIS: _____ CADA _____ hora		A _ AB _ B _ O _ + _ - _
NOMBRE 2: _____ DOSIS: _____ CADA _____ hora		
ALERGIAS:	ENFERMEDADES:	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
VEGETARIANO: SI ___ NO ___	SABE NADAR: SI ___ NO ___	DIETA ESPECIAL: SI ___ NO ___
OTRAS INDICACIONES	TIPO DE DIETA	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
EPS: _____	_____	
En caso de emergencia llamar a:		
Nombre y Apellido: _____		
Teléfono (s) de contacto: _____		
Parentesco: _____		