|  |
| --- |
| **ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:** |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE LA SALIDA ESCOLAR** |
| **LUGAR:** |
| **FECHA:** | **GRADO:** |
| **HORA Y LUGAR DE SALIDA:** | **HORA Y LUGAR DE LLEGADA:** |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO DE LA SALIDA ESCOLAR:** |

|  |
| --- |
| **INTEGRACIÓN DE LA ACTIVIDAD.** |
| **ÁREA(S)** | **PROYECTO(S)** |
|  |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:** |
|  |
| **RESPONSABLES** |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **TELÉFONO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE:** | **GRADO:** |
| **No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. ( ) C.C. ( ) No.** | **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** |
| **DIRECCIÓN RESIDENCIA:** | **TELÉFONO:** | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **ENFERMEDADES, ALERGIAS QUE PADECE Y/O OTROS PROBLEMAS DE SALUD**  | **MEDICAMENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS** |
|  |  |
| **TIPO DE SANGRE:**  |
| **EMPRESA QUE LE PRESTA EL SERVICIO DE SALUD:**  |
| **SEGURO ESTUDIANTIL:** |
| **SABE NADAR?: SI ( ) NO ( )** |
|  |
| **Nombre y Apellidos del Padre:** | **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** |
| **Nombre y Apellidos de la Madre:** | **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** |
| **Nombre y Apellidos del Acudiente:** | **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** |
| **OBSERVACIONES:** |
|  |
| **FIRMA DEL PADRE DE FAMILIAS Y/O ACUDIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****C.C. No.****FECHA:** |