



# AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a participar del modelo **sim.onu**, que se realizará el día jueves 29, viernes 30 y sábado 31 de Agosto de 2019 (entre las 9 y las 17 horas) en la ciudad de LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, como representante designado por (nombre del establecimiento educativo)

\_\_\_\_\_.

Los alumnos/as participantes intervendrán en simulacros donde se utilizarán técnicas de debates y de negociación, relaciones internacionales y procedimiento parlamentario.

Mi hijo/a acatará las normas de disciplina que se establezcan y será responsable de su propia seguridad, quedando eximidas la organización NEXXOS así como las personas que la integran, de cualquier responsabilidad por pérdidas, hurtos, daños, accidentes y toda otra contingencia que pudiera afectar a mi hijo/a, durante el transporte desde o hacia el lugar donde se realizará el proyecto educativo, o durante el transcurso de éste, por todo lo cual asumo exclusivamente la total responsabilidad. Asimismo, acepto el resultado del jurado como inapelable.

Al firmar la autorización se aceptará también el uso de aquellas fotografías y producciones audiovisuales sobre el participante que sean tomadas durante las actividades para futuras publicaciones por parte de la ONG NEXXOS Simulacros Educativos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**DNI**

\_\_\_\_\_  
**Localidad**

\_\_\_\_\_  
**Provincia**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la autoridad educativa**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración y cargo**

**Sello de la institución**

**Se adjunta certificación del establecimiento educativo que acredita la representación asignada (firma del Directivo o Representante Legal), en cumplimiento de las normas vigentes respecto de la responsabilidad civil de cada establecimiento en la provincia de origen.**



## FICHA DE SALUD

Apellido: .....

Nombres: .....

Documento N° ..... Tel.: .....

Domicilio: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad: ... Grupo Sanguíneo y Factor RH: .....

Obra Social o Emp. de Seguro Médico: .....

N° de Afiliado: ..... Tel.: .....

En caso de emergencia avisar a: .....

Parentesco/Relación: .....

Domicilio: .....

Tel.: .....

¿Padece alguna enfermedad crónica? SÍ / NO (Especificar)

.....

¿Está tomando algún medicamento? SÍ / NO (Especificar)

.....

Antecedentes (Operaciones, convulsiones, etc.)

.....

¿Padece alergias de algún tipo? SÍ / NO (Especificar)

.....

Nombre y apellido del médico de cabecera: .....

Teléfono donde se puede ubicar al médico: .....

En caso de urgencia derivar a: .....

Firma del padre/madre/tutor	Aclaración: .....
	DNI N°: .....
	Fecha: ...../...../.....

Dirección: .....