



Politécnico Modelo

Colegio Secundario Incorporado a la Enseñanza Oficial (A-1065)
Av. De los Constituyentes 5880 – Ciudad de Buenos Aires (C1431EZW)
T.E. 4572-2871 / 4574-4604
www.ipm.edu.ar e-mail: instituto@ipm.edu.ar

Actualización de datos

Apellido y Nombres del alumno:.....

Curso: Lugar de nacimiento.....
Fecha de nacimiento: DNI.....
Domicilio: N°..... Dto.....CP:.....
Localidad Pcia:.....

Nombre del Progenitor 1:..... Firma.....DNI.....
Domicilio: N°..... Depto.....CP:.....
TEL (Part.): **TEL (Cel.):**
Email.....

Nombre del Progenitor 2: Firma.....DNI.....
Domicilio: N°..... Depto.....CP:.....
TEL (Part.): **TEL (Cel.):**
Email.....

Personas autorizadas para el retiro de alumnos.

Apellido y nombre:.....
Firma:.....Vínculo.....
D.N.I:..... Tel:.....

Apellido y nombre:.....
Firma:.....Vínculo.....
D.N.I:..... Tel:.....

Derivación médica.

Ante un accidente o emergencia de mi hijo/a, autorizo a las autoridades del Politécnico a prestarle los primeros auxilios por medio de la empresa de servicios de emergencia contratada a tal efecto.

En caso de ser indicado por el médico de dicha empresa el traslado inmediato, solicito que mi hijo/a sea derivado: (Tachar lo que NO corresponda)

- 1) Al Hospital Público más cercano
- 2) A la Institución : _____
 Domicilio: _____
 Obra Social / Medicina Prepaga: _____
 N° de Afiliado: _____ Plan _____
 Teléfono Emergencias _____

Firma Padre/ Madre o Tutor: _____