



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:	DNI:		
Lugar y fecha de nacimiento:			
Domicilio:	N°:	Piso/Dpto.:	C.P.:
Localidad:	Provincia:		

Nombre y apellido del progenitor 1: D.N.I. :.....
 Domicilio: N°: Piso/Dpto.: CP:
 Localidad: Provincia: Cel.:.....
 Tel. particular: Tel. laboral:..... Email:

Firma:

Nombre y apellido del progenitor 2: D.N.I. :.....
 Domicilio: N°: Piso/Dpto.: CP:
 Localidad: Provincia: Cel.:.....
 Tel. particular: Tel. laboral:..... Email:

Firma:

Personas autorizadas para el retiro de alumnos

Sólo para retiros anticipados en caso de que alguno de los progenitores no pueda hacerlo (Con firma sin excepción)

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

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

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 Progenitor/Tutor: