



C.A.B.A., ____ de _____ de 20____

Quien suscribe _____, DNI _____

en plena facultad de la responsabilidad parental que ejerzo sobre mi hijo/a _____

DNI _____ durante el actual ciclo lectivo, declaro por la presente al Conservatorio Superior de

Música de la Ciudad de Buenos Aires "Astor Piazzolla" que:

1 - Autorizo a que mi hijo/a sea fotografiado y/o filmado en el establecimiento, durante su participación en audiciones o conciertos de alumnos.

2 - Autorizo al SAME a trasladarlo/a al hospital de la zona en caso de urgencia o accidente para que sea asistido según lo requiera el caso, de no ser ubicado telefónicamente.

3 - Autorizo al personal docente o directivo a retirarlo/a del establecimiento escolar en caso que el edificio sufriera siniestro de alto riesgo y ser acompañado al punto de encuentro fijado por el plan de evacuación.

4 - Autorizo que se retire por sus propios medios del establecimiento al finalizar sus clases o en caso de ausencia del profesor.

5 - Autorizo que mi hijo/a sea retirado por las siguientes personas:

DNI

Nombre y Apellido

Firma

.....
.....
.....
.....

Confirmando que he leído y autorizo los puntos seleccionados anteriormente.

Firma

Aclaración

Si transcurridas dos horas del horario escolar y si las personas autorizadas no se hicieran presentes y/o no pudieran ser localizadas, entonces el alumno será trasladado a uno de los Centros de atención transitoria (CAT) del Consejo de los derechos de niños, niñas y adolescentes. En este caso, comunicarse telefónicamente al 102.

AUTORIZO
complete SI o NO

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____