



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE CULTURA
SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS CULTURALES Y NUEVAS AUDIENCIAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA ARTÍSTICA
CONSERVATORIO SUPERIOR DE MÚSICA DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES "ASTOR PIAZZOLLA"

C.A.B.A., ___ de _____ de 20__

Quien suscribe _____ DNI _____, teléfono/s de contacto/s _____, 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:

AUTORIZO
Complete Sí o No

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 que se retire por sus propios medios del establecimiento al finalizar sus clases o en caso de ausencia del profesor. _____
3. Autorizo que mi hijo/a sea retirado por las siguientes personas: _____

DNI	Nombre y Apellido	TE de Contacto	Firma
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tomo conocimiento que, en caso de urgencia o accidente y frente al supuesto de no ser ubicado telefónicamente, el SAME lo/a trasladará al hospital de la zona para que sea asistido según lo requiera el caso.

Asimismo, frente a la eventualidad que el edificio sufriera algún siniestro de alto riesgo, el personal docente o directivo conforme plan de evacuación lo/a retirará del establecimiento escolar y será acompañado al punto de encuentro fijado.

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.

Confirmando que he leído y autorizo los puntos seleccionados anteriormente.

Firma

Aclaración