



**AUTORIZACIÓN CAMPO DE DEPORTES**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,..... de..... de 2021

Por la presente, autorizo a mi hijo/a.....  
de .....grado a realizar en forma descentralizada actividad física y deportes de acuerdo al Protocolo establecido por la Institución en el Campo de Deportes del Club Círculo de la Policía Federal, ubicado en Av. Libertador 7801 (C.A.B.A) en el día y horario establecido para cada grado y burbuja, comprometiéndome a entregar la ficha de salud en tiempo y forma y de notificar inmediatamente a las autoridades educativas cualquier cambio en el estado de salud del alumno/a.

También me notifico que está absolutamente prohibido que los alumnos/as practiquen ejercicios o deportes en todas aquellas ocasiones en que no se encuentren en el campo de deportes el profesor de Educación Física a cargo del grupo, o fuera del horario de la actividad (antes de las 14:00hs y posterior a las 16:00 hs.)

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACIÓN:.....

DNI N°: .....

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO/A DEL CAMPO DE DEPORTES

1- APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
parentesco: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ TE.-CELULAR: \_\_\_\_\_  
TE.- particular/ otro: \_\_\_\_\_

2- APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
parentesco: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ TE.-CELULAR: \_\_\_\_\_  
TE.- particular/ otro: \_\_\_\_\_

3- APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
parentesco: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ TE.-CELULAR: \_\_\_\_\_  
TE.- particular/ otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma padre/madre/tutor



Instituto Gral. San Martín (A-438)

Cuba 3302 – C1429XL  
Ciudad de Buenos Aires  
e-mail: [igsanmartin@arnetbiz.com.ar](mailto:igsanmartin@arnetbiz.com.ar)  
Tel: 4701-0864 Tel/Fax: 4702-0866  
web: [www.igsanmartin.com.ar](http://www.igsanmartin.com.ar)