



Bogotá D.C., 1° de octubre del 2024

Comunicado N°40

Señores

**PADRES DE FAMILIA**

Estudiantes, **Visita a la casa Hogar Antares por parte del grupo pastoral JAR**

Padres de Familia, reciban un cordial y fraternal saludo, deseándoles éxitos en sus labores.

Les comunicamos que el día **23 de octubre** del año en curso, su hijo(a) del grado cuarto, quinto y/o séptimo será parte de una representación del semillero de investigación JAR del colegio para una salida que tienen como fin Testimoniar la vida de un joven Agustino Recoleta, Visitando a los abuelos de dicho hogar, cuya visita se llevará a cabo el día 23 de octubre de 2024, en las instalaciones de **la casa Hogar Antares**, ubicada en la Kra 116ª# 70D-54 Barrio San Nicolás. Cuyo objetivo es compartir desde la oración y las prácticas cristianas agustinianas, un espacio de acompañamiento y servicio con los abuelos

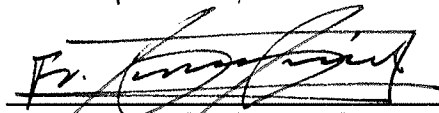
**La salida se llevará a cabo en el horario normal del Semillero de Investigación JAR, con el siguiente itinerario:**

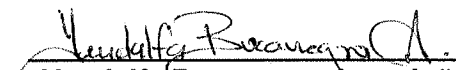
- ✓ 3:00 pm: Salida del Colegio Agustiniانو Norte
- ✓ 3:10 pm: Llegada al hogar del Anciano
- ✓ 3:15 – 4:00 pm Actividades cristianas agustinianas
- ✓ 4:10 pm: Regreso al colegio y entrega de estudiantes a los padres de familia.

**Tener en cuenta lo siguiente:**

- ✓ Los padres de familia deben autorizar hasta **3 de octubre** y diligenciar la ficha médica del estudiante e informar si debe tomar algún medicamento (enviar fórmula médica)
- ✓ Los estudiantes deben asistir con el uniforme del día.

Sin otro particular,

  
**Fr. Juan José Gómez Gómez. OAR**  
 Rector

  
**Yendalfa Bocanegra Avendaño**  
 Jefe Dpto. de Educación Religiosa,  
 Ética y Filosofía

Diligenciar este desprendible en físico y entregarlo al docente del Semillero de la JAR con la ficha médica a más tardar **el 3 de octubre de 2024**

**COLEGIO AGUSTINIANO NORTE**

Autorización Salida **Visita a la casa Hogar Antares**, ubicada en la Kra 116ª# 70D-54 Barrio San Nicolás.

Bogotá D.C., \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Números de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de los Padres de Familia \_\_\_\_\_

**FICHA MÉDICA RECIENTE**

Medicamentos que toma el estudiante: \_\_\_\_\_

Enfermedades: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_