

Colegio Nuestra Señora de la Paz
FICHA DE DATOS PERSONALES 2022



ALUMNO				Sala:	Div:
Apellido:		Nombres:			
Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Lugar:		Nacionalidad:
D.N.I.:		Sacramentos : Bautismo		Comunión	Confirmación
Domicilio. Calle:		N°	Dto:	Tel:	
Localidad:		C.P:			

PADRE/TUTOR					
Apellido:		Nombres:			
Fecha de nacimiento: / /		Lugar:	Nacionalidad:		
D.N.I.:		Profesión:			
Domicilio. Calle:		N°	Dto:	Tel:	
Localidad:		C.P:	Celular:	Tel. laboral:	
Mail:					

MADRE/TUTOR					
Apellido:		Nombres:			
Fecha de nacimiento: / /		Lugar:	Nacionalidad:		
D.N.I.:		Profesión:			
Domicilio. Calle:		N°	Dto:	Tel:	
Localidad:		C.P:	Celular:	Tel. laboral:	
Mail:					

CADENA TELEFÓNICA. Autorización para incorporar los siguientes DATOS					
Teléfono fijo	SI	NO			
Celular madre	SI	NO	Mail madre	SI	NO
Celular padre	SI	NO	Mail padre	SI	NO

RETIRO DEL ESTABLECIMIENTO					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Transporte escolar/remis	SI	NO	En caso afirmativo, completar:		
			Nombre:	D.N.I	Tel:

Otras personas autorizadas:

Apellido y nombre	DNI	Teléfono	Parentesco/relación

.....
Firma y aclaración del padre/madre o tutor

Colegio Nuestra Señora de la Paz
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2022



ALUMNO			Sala:	Div:
Apellido:		Nombres:		
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	D.N.I.:		
Grupo sanguíneo:	Obra social:	N° de afiliado:		

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Metabólicas: Diabetes			Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)		
Hernia			Alergias (indicar a qué y cómo la trata)		
Convulsiones			Asma		
Sinusitis, adenoids, otitis (a repetición)			Epilepsia		
Trastorno de la alimentación			Trastorno emocional		
Otras ¿cuál?					
Operaciones (aclarar año y mes)					
De apendicitis			Otras		
En los últimos dos meses ¿tuvo alguna de estas enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Hepatitis			Otra infectocontagiosa ¿cuál?		
Paperas			Mononucleosis infecciosa		
Varicela			Fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de qué)		
Manifiesta algún problema....					
	SI	NO		SI	NO
...auditivo? ¿Cuál?			...visual? ¿Cuál?		
...con algún tipo de alimento? ¿Cuál?			...en el sueño o el dormir? ¿Cuál?		
...cuando viaja en algún medio de transporte? ¿Cuál?			...con la práctica de deporte? ¿Cuál?		
...para retener el pis?			...de desviación de columna?		
...de pérdida de conciencia?			...de desmayos por golpe de calor?		
¿Actualmente toma algún medicamento? Indicar el nombre de la medicación y duración del tratamiento					

Alguna otra situación particular que la institución deba conocer en beneficio del alumno

Esta ficha debe presentarse acompañada del certificado de aptitud física expedido por un médico, fechado en 2022. La fecha de presentación de esta documentación es hasta el 9 de marzo de 2022 sin excepción. Hasta no contar con las mismas, el alumno no podrá realizar actividad física.

Fecha y firma y aclaración de padre/madre



FOTOCOPIA DEL D.N.I. (ambos lados):

Empty rectangular box for pasting the photocopy of the D.N.I. (both sides).

FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL (ambos lados):

Empty rectangular box for pasting the photocopy of the Social Security Card (both sides).