



**ACUERDO INSTITUCIONAL DE CONVIVENCIA (A.I.C.)**  
**Colegio Nuestra Señora de la Paz - Nivel Primario – Vigente**  
**CONTRATO ANUAL DE ARANCELES**

He leído el presente Acuerdo Institucional de Convivencia (<https://www.colegiolapaz.edu.ar/primaria-documentos>), el Contrato Anual de Aranceles (<https://www.colegiolapaz.edu.ar/administracion>). Presto mi conformidad a los mismos y me comprometo a cumplir con todas las pautas establecidas.

Nombre del alumno/a en Nivel Primario ..... Año y Sección .....

Fecha:.....

Firma Padre o Tutor	Aclaración	DNI

  

Firma Madre o Tutor	Aclaración	DNI

**AUTORIZACION ANUAL PARA LA PARROQUIA 2026**

Queridas familias de nivel primario:

Como colegio parroquial, a lo largo del año 2026 tendremos actividades (misas, celebraciones, convivencias) para las cuales los alumnos cruzarían a nuestra Parroquia (Avenida Maipú 3487) acompañados por los docentes. Por este motivo, elaboramos esta autorización anual para ser firmada por ambos padres. En caso de que alguno de los dos esté imposibilitado para firmar, rogamos dejar constancia en la autorización. Recibirán un aviso por mail de cada ocasión en la que crucemos a la Parroquia, y la autorización será considerada válida para todo el año.

Con el afecto de siempre  
Dirección de Primaria y Equipo de Pastoral



Autorizo a mi hijo/a..... D.N.I. .... de.....(año y sección) a salir del Colegio junto a sus docentes para concurrir a la Parroquia Nuestra Señora de la Paz(Avenida Maipú 3487, Olivos), para las actividades que lo requieran a lo largo del año 2026.

Firma Padre o Tutor	Aclaración	DNI

  

Firma Madre o Tutor	Aclaración	DNI



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

pegar aquí ambos  
lados

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

pegar aquí ambos  
lados



FICHA DE SALUD NIVEL PRIMARIO 2026 (hoja 1 de 2)

Apellido y nombre del alumno/a: ..... Año y Sección: ..... D.N.I.: .....

Grupo sanguíneo: ..... Cobertura médica: ..... N°: ..... Plan: .....

EN CASO DE EMERGENCIA, SE LLAMARÁ AL SERVICIO CONTRATADO POR LA INSTITUCIÓN Y A LOS PADRES Y/O PERSONAS AUTORIZADAS PARA TAL FIN PARA PONERLOS AL TANTO DE LA SITUACIÓN. **LAS PERSONAS QUE PODRÁN RETIRAR A LOS ALUMNOS, SERÁN LAS QUE FIGUREN DETALLADAS EN LA FICHA DE DATOS PERSONALES 2026 (EN EL ÍTEM “OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS”).**

Antecedentes médicos del alumno

¿Padece o sufrió 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			.....		
Sinusitis, adenoides, otitis (a repetición)					
Trastorno de la alimentación			Asma		
Otras (indicar cuáles)			Broncoespasmos		
.....			Epilepsia		
.....			Trastorno emocional		
Operaciones (aclarar año y mes)					
.....					
.....					
Manifiesta algún problema...					
	SI	NO		SI	NO
...auditivo? ¿Cuál? .....			...visual? ¿Cuál? .....		
...con algún tipo de alimento? ¿Cuál? .....			...con el sueño o al dormir? ¿Cuál? .....		
...cuando viaja en algún transporta? ¿Cuál? .....			...con la práctica de algún deporte? ¿Cuál?.....		
...postural (escoliosis, etc.)?			...de desmayos por golpe de calor?		
...de pérdida de conciencia?					
¿Actualmente toma algún medicamento? Indicar el nombre y duración del tratamiento					
.....					
.....					
Alguna otra situación particular que la institución deba conocer en beneficio del alumno					
.....					
.....					
.....					
En los últimos dos meses, ¿tuvo alguna de estas enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Hepatitis			Sarampión		
Paperas			Monoclueosis infecciosa		
Tuberculosis			Fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de qué) .....		



FICHA DE SALUD NIVEL PRIMARIO 2026 (hoja 2 de 2)

El personal de instituciones educativas **NO ESTÁ AUTORIZADO A SUIMNISTRAR MEDICAMENTOS.** Si su hijo/a está bajo tratamiento diríjase a la secretaría para recibir las instrucciones correspondientes.

Salud, enfermedades:

- En caso de enfermedad prolongada (después de tres o más días) y/o **infecto contagiosa (1 día o más)**, se deberá entregar a la maestra del grado al momento del reingreso el correspondiente **CERTIFICADO MÉDICO DE ALTA**, donde esté claramente consignada la aptitud del alumno para reintegrarse. **En caso contrario el Colegio se comunicará con los padres para solicitar su evacuación preventiva.**
- En caso de enfermedad infecto-contagiosa pedimos comunicar el diagnóstico médico en el término de las 24hs. de efectuado el mismo, a la Secretaría del Nivel, telefónicamente o a través del maestro de grado para tomar los recaudos que correspondan, ante grupos de riesgo, niños o adultos, correspondiendo también **CERTIFICADO MÉDICO DE ALTA.**

Lugar y fecha: .....

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica (hoja 1 y 2) tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de sobrevenir alguna otra particularidad durante el ciclo lectivo 2026.

Firma Padre o Tutor	Aclaración	DNI

Firma Madre o Tutor	Aclaración	DNI

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE o ADJUNTAR ORIGINAL DEL CERTIFICADO MÉDICO

Dejo constancia de que..... DNI Nº.....  
se encuentra en condiciones adecuadas para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, contextura física y estado madurativo. Dichas actividades se realizarán bajo supervisión de personal idóneo y siguiendo los lineamientos del diseño curricular vigente en la Provincia de Buenos Aires (NI: Res. 3161/07, EP: Res. 3160-07 y ES: Res. 2495/07)

.....  
Firma del Médico

.....  
Sello

.....  
Fecha



FICHA DE DATOS PERSONALES 2026

ALUMNO/A					Año:		Sección:	
Apellido:			Nombres:					
Fecha de nacimiento: / /			Edad:		Lugar:		Nacionalidad:	
D.N.I.:		Sacramentos	Bautismo	Sí -NO	Comunión	Sí -NO		
Domicilio	Calle:			Nº:		Piso/Depto:		Teléfono:
Localidad:			Partido:				Código Postal:	

PADRE								
Apellido:			Nombres:					
Fecha de nacimiento: / /			Lugar:		Nacionalidad:			
D.N.I.:			Profesión:					
Domicilio	Calle:			Nº:		Piso/Depto:		Teléfono:
Localidad:			Partido:				Código Postal:	
Celular:		E-mail:				Teléfono laboral:		

MADRE								
Apellido:			Nombres:					
Fecha de nacimiento: / /			Lugar:		Nacionalidad:			
D.N.I.:			Profesión:					
Domicilio	Calle:			Nº:		Piso/Depto:		Teléfono:
Localidad:			Partido:				Código Postal:	
Celular:		E-mail:				Teléfono laboral:		

TUTOR O ENCARGADO								
Apellido:			Nombres:					
Fecha de nacimiento: / /			Lugar:		Nacionalidad:			
D.N.I.:			Profesión:					
Domicilio	Calle:			Nº:		Piso/Depto:		Teléfono:
Localidad:			Partido:				Código Postal:	
Celular:		E-mail:				Teléfono laboral:		

A continuación, detallar las personas mayores de edad autorizadas a retirar al/a la alumno/a en caso de necesidad o urgencia y horarios de retiro TM (12.20hs) o TT(16.00hs), cualquier otro horario debe ser retirado por padres/tutores. **No son válidas las autorizaciones VIA MAIL**

PERSONAS AUTORIZADAS			
Apellido y nombre	D.N.I.	Teléfono	Parentesco/relación

Firma Padre o Tutor	Aclaración	DNI

Firma Madre o Tutor	Aclaración	DNI



**AUTORIZACIÓN PARA ALUMNOS DEL PIE - TRASLADO AL CAMPO DE DEPORTES**

Autorizo a mi hijo/a ..... de... ..... (año y sección) a realizar las clases de Educación Física durante el ciclo lectivo 2026 en el Campo de Deportes (PIE), ubicado en Av. San Martín 405, en el Olivos Rugby Club ubicado en Mariano Pelliza 4550, o en el Colegio en forma indistinta según lo decida la Institución. Todos los alumnos de nivel primario con jornada PIE, se trasladarán en micros al Campo de Deportes acompañados por personal de la Institución.

Lugar y fecha: .....

Firma Padre o Tutor	Aclaración	DNI

Firma Madre o Tutor	Aclaración	DNI

**CONTRATO ANUAL DE ARANCELES PIE**

He leído el presente el Contrato Anual de Aranceles PIE (<https://www.colegiolapaz.edu.ar/administracion>). Presto mi conformidad y me comprometo a cumplir con todas las pautas establecidas.

Nombre del alumno/a en Nivel Primario .....

Año y Sección .....

Fecha: .....

Firma Padre o Tutor	Aclaración	DNI

Firma Madre o Tutor	Aclaración	DNI



## Colegio Nuestra Señora de la Paz

### Ficha de Actualización de Datos de Profesionales

Esta ficha tiene la finalidad de actualizar los datos de los profesionales que este año acompañan a su hijo/a. Esta información nos resulta de suma importancia para continuar trabajando de manera articulada entre escuela, familia y apoyo terapéutico externo.

Alumno/a:..... Sala/Año y Curso:.....

Médicos tratantes (Pediatra, Psiquiatra, Neurólogo, otro)		
Profesional	Especialidad	Medicación
Mail	Teléfono	
Profesional	Especialidad	Medicación
Mail	Teléfono	

Terapias actuales:

Profesional	Especialidad	Frecuencia	Teléfono	Mail (Obligatorio)

Fecha:

Nombre y Apellido del Progenitor: .....

Relación: ..... Firma: .....