



Colegio Nuestra Señora de la Paz
FICHA DE DATOS PERSONALES
2023



Unidos en la Esperanza
Mensajeros de la Paz

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	Telefono	Parentesco/relacion

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



Colegio Nuestra Señora de la Paz
FICHA DE ANTECEDENTES DE
SALUD 2023



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			Mononucleósis 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 2023. La fecha de presentación de esta documentación es hasta el 6 de marzo de 2023 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).