

ALUMNO/A

Sala: _____ Div: _____

Apellido: _____ Nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____
 D.N.I.: _____ Sacramentos: Bautismo _____ Comunción _____ 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 y Apellido: _____ D.N.I. _____ Tel: _____

Otras personas autorizadas:

Apellido y nombre	DNI	Teléfono	Parentesco/relación

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

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

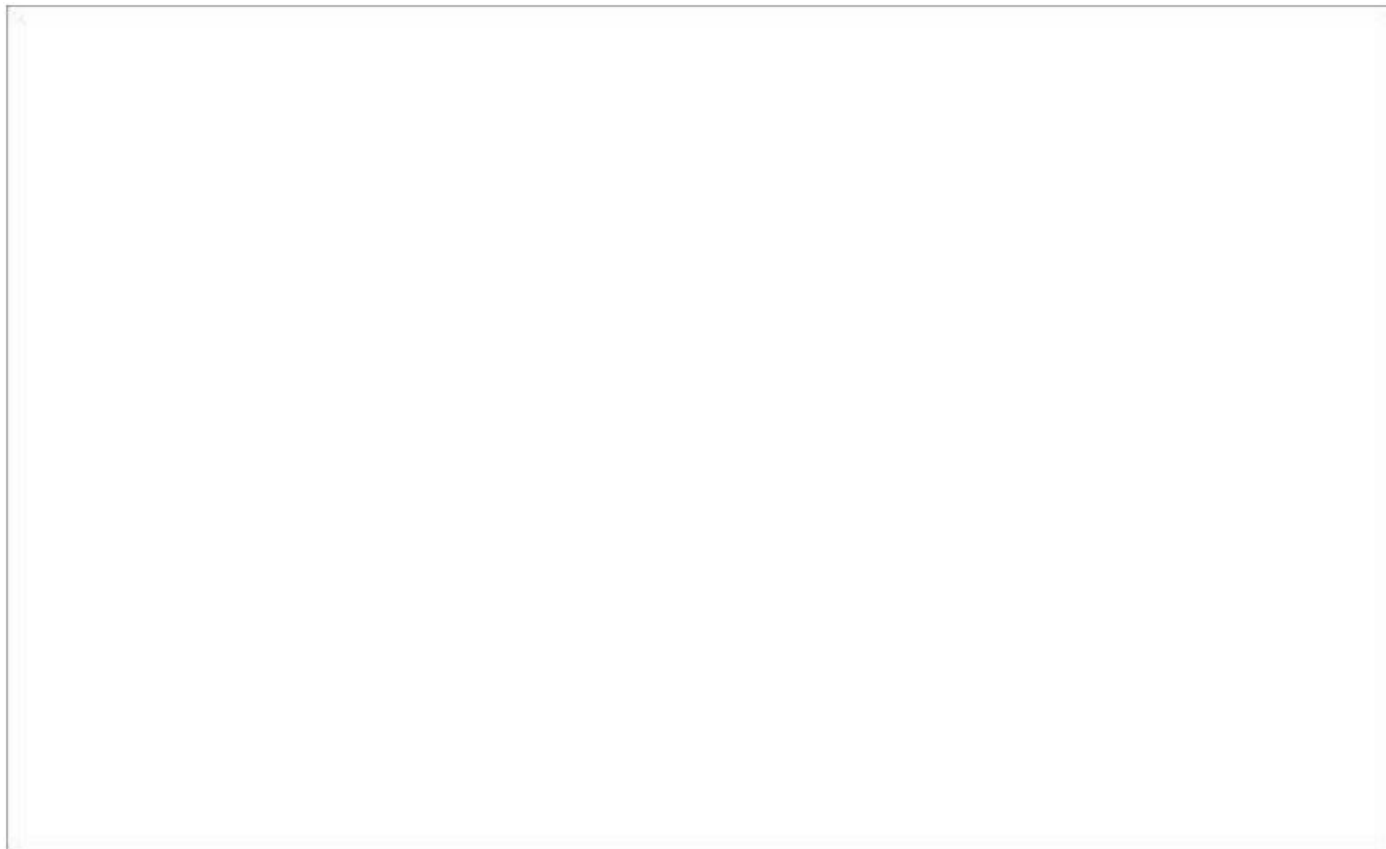
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Metabólicas: Diabetes			Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)		
Hernia			Alergias (indicar qué y cómo la trata)		
Convulsiones			Asma		
Sinusitis, adenoids, otitis (arepetición)			Epilepsia		
Trastorno de la alimentación			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 2024. La fecha de presentación de esta documentación es hasta el 4 de marzo de 2024 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):



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

