

**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/files/ugd/ec70d8\\_12302c07e35b46549d4ff51a682ac244.pdf](https://www.colegiolapaz.edu.ar/files/ugd/ec70d8_12302c07e35b46549d4ff51a682ac244.pdf)) 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 2025**

Queridas familias de nivel primario:

Como colegio parroquial, a lo largo del año 2025 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 2025.

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 2025 (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 2025 (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			Mononuclueosis infecciosa		
Tuberculosis			Fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de qué) .....		



**FICHA DE DATOS PERSONALES 2025**

<b>ALUMNO/A</b>				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:	

<b>PADRE</b>							
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:		

<b>MADRE</b>							
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:		

<b>TUTOR O ENCARGADO</b>							
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(16.00 hs), cualquier otro horario debe ser retirado por padres/tutores. No son válidas las autorizaciones VIA MAIL*

<b>PERSONAS AUTORIZADAS</b>			
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 2025 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 deDeportes 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 y presentado en la administración del Colegio (<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