



Colegio Nuestra Señora de la Paz
FICHA DE DATOS PERSONALES

Maternal y
Nivel Inicial

2025

ALUMNO/A				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 y Apellido: _____ 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 2025

**Maternal y
Nivel Inicial**

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			
Metabólicas: Diabetes			Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)		
Hernia			Alergias (indicar a qué y cómo la trata)		
Convulsiones			Asma		
Sinusitis, adenoides, 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 2025. La fecha de presentación de esta documentación es hasta el 5 de marzo de 2025 sin excepción. Hasta no contar con las mismas, el alumno no podrá realizar actividad física.

Fecha y firma y aclaración de padre/madre

NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ – NIVEL INICIAL - 2025



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).

NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ – NIVEL INICIAL - 2025

FOTOCOPIA CARNET VACUNACION ACTUALIZADO (todas las hojas):



A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting a photocopy of a vaccination card.



Jardín de Infantes Nuestra Señora de la Paz
DIEGEP N° 5557

Planillas de autorización para completar y entregar vía cuaderno de comunicaciones en la primer semana de clases

Por medio de la presente autorizo al personal docente del Jardín de Infantes Nuestra Señora de la Paz a **higienizary** **cambiar la ropa de mi hijo/a** en caso de considerarlo necesario.

Lugar y fecha:

Firma de la progenitor 1:..... Firma del progenitor 2:.....

Aclaración: Aclaración:

Por medio de la presente autorizo al personal docente del Jardín Nuestra Señora de la Paz, a incorporar datos personales como nombre, apellido y números de teléfono a la **Cadena Telefónica de Emergencia** y al **Listado de alumnos** de la sala que se envía en el cuaderno de comunicados de mi hijo/a

Lugar y fecha:.....

Firma de la progenitor 1:..... Firma del progenitor 2:.....

Aclaración: Aclaración:

Nota: Solicitamos que ante cualquier modificación en los datos personales de algún integrante de la familia lo notifiquen de inmediato a través del cuaderno de comunicados y luego ingresen los mismos en el sistema de gestión del colegio a través de su usuario/contraseña. Muchas gracias.

Dirección del Nivel Inicial

ANEXO III

**AUTORIZACIÓN GENERAL PARA ACTIVIDADES DURANTE EL CICLO LECTIVO 2025 SALIDA EDUCATIVA/
REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL PARA ESTUDIANTES CON MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD**

Por la presente autorizo a.....

DNI....., estudiante de Sala de años (Tucán-Colibrí-Flamenco), a participar de las Salidas Educativas o de Representación Institucional que se lleven a cabo en el barrio o área geográfica inmediata o próxima al establecimiento educativo, sin necesidad de utilizar un medio de transporte, en el marco de la normativa vigente. La presente autorización es válida para actividades académicas, deportivas, culturales o comunitarias que se realicen durante el actual ciclo lectivo.

Fecha: /..... /.....

Firma, aclaración y DNI (madre, padre o adulto responsable):.....

.....

IF-2024-35029272-GDEBA-CGCYEDGCYE

AUTORIZACIÓN PARA CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA 2025

Autorizo a mi hijo/a..... de sala de años (Tucán-Colibrí-Flamenco) del Jardín Ntra Sra. de la Paz, a realizar las actividades propuestas durante las clases de Educación Física, hasta hacer entrega del apto físico correspondiente.

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

DNI:

FECHA:

.....



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:**