

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial	4131PP6380	CUE	0616706-00	A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
Nombre	Colegio Sagrada Familia		Nº	6380
Distrito		SAN MIGUEL		
SECTOR DE GESTION:	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Otro

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete solo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

Clave Provincial		CUE		A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO	Nivel/Modalidad	
Nombre			Nº		Dirección	
Localidad		Distrito		Provincia		País
SECTOR DE GESTION:	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Otro	

INSCRIPCION

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL PRIMARIO	AÑO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
TURNO SOLICITADO	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Alternado	JORNADA	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Doble escolaridad
CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCION ACTUAL (Marque sólo una opción)	<input type="checkbox"/> Ingresante	<input type="checkbox"/> Reinscripto	<input type="checkbox"/> Promovido	<input type="checkbox"/> En Período Extendido de Enseñanza	<input type="checkbox"/> Promovido en Sistema de Promoción Acompañada	<input type="checkbox"/> Consignar área pendiente _____	
TRAYECTORIA DEL ALUMNO	¿Asistió a la Sala de 5 años en el Jardín de Infantes?			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
	¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa?			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		

DATOS DEL ALUMNO

Tipo de Doc.		Nº		<input type="checkbox"/> Posee	<input type="checkbox"/> En Trámite	<input type="checkbox"/> No Posee	Estado del Doc.	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Malo
Apellido/s			Nombre/s						
Sexo		Fecha de Nac.		Lugar de Nac.		Nacionalidad			
DOMICILIO	Calle			Nº		Piso		Torre	
Dpto	Entre calles								
Otro dato referido al domicilio									
Provincia		Distrito		Localidad		Código Postal			
Teléfono		Teléfono Celular							
Nº de Legajo		Nº de Matriz		Nº de Folio		A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO			

OTROS DATOS DEL ALUMNO

Hermanos	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Cantidad		Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento	
Cantidad de habitantes en el hogar		Cantidad de habitaciones en el hogar		Otra lengua hablada en el hogar		
Recibe ayuda escolar	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Obra social	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> AUH	<input type="checkbox"/> Becas por excepción		
			<input type="checkbox"/> Progresar	<input type="checkbox"/> Otros		
			<input type="checkbox"/> Becas para Judicializados			
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento	<input type="checkbox"/> A pie	<input type="checkbox"/> Omnibus	<input type="checkbox"/> Auto particular	<input type="checkbox"/> Taxi/Remís	<input type="checkbox"/> Otro	

DATOS DE LA MADRE

Apellido/s

Nombre/s

Nacionalidad

¿Asistió a algún establecimiento educacional?

¿Nivel más alto que cursó?

¿Completó ese nivel?

Vive

SI

NO

SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc.

Nº

Si no posee documento indicar

En Trámite

No Tiene Doc.

DOMICILIO

Calle

Nº

Piso

Torre

Dpto

Provincia

Distrito

Localidad

Cód. Postal

Teléfono

Teléfono Celular

E-mail

¿Es jefe del hogar?

SI

NO

Profesión u ocupación

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja

Trabaja y Estudia

Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión

Sólo Busca Trabajo

Sólo Estudia

Busca Trabajo y Estudia

Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión

Jubilado/Pensionado

Otro

DATOS DEL PADRE

Apellido/s

Nombre/s

Nacionalidad

¿Asistió a algún establecimiento educacional?

¿Nivel más alto que cursó?

¿Completó ese nivel?

Vive

SI

NO

SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc.

Nº

Si no posee documento indicar

En Trámite

No Tiene Doc.

DOMICILIO

Calle

Nº

Piso

Torre

Dpto

Provincia

Distrito

Localidad

Cód. Postal

Teléfono

Teléfono Celular

E-mail

¿Es jefe del hogar?

SI

NO

Profesión u ocupación

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja

Trabaja y Estudia

Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión

Sólo Busca Trabajo

Sólo Estudia

Busca Trabajo y Estudia

Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión

Jubilado/Pensionado

Otro

DATOS DEL TUTOR

Apellido/s

Nombre/s

Nacionalidad

¿Asistió a algún establecimiento educacional?

¿Nivel más alto que cursó?

¿Completó ese nivel?

Tipo de Doc.

Nº

Si no posee documento indicar

En Trámite

No Tiene Doc.

DOMICILIO

Calle

Nº

Piso

Torre

Dpto

Provincia

Distrito

Localidad

Cód. Postal

Teléfono

Teléfono Celular

E-mail

¿Es jefe del hogar?

SI

NO

Profesión u ocupación

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja

Trabaja y Estudia

Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión

Sólo Busca Trabajo

Sólo Estudia

Busca Trabajo y Estudia

Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión

Jubilado/Pensionado

Otro

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO

Apellido/s

Nombre/s

Tipo de Doc.

Nº

Vínculo/Parentesco con el alumno

Apellido/s

Nombre/s

Tipo de Doc.

Nº

Vínculo/Parentesco con el alumno

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s

Nombre/s

Tipo de Doc.

Nº

Restricción



INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social _____ Nº Afiliado _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

☐ SI ☐ NO ¿Por qué? _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

La alergia se debe a _____ ☐ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI ☐ NO

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? ☐ SI ☐ NO Especifique _____

Quirúrgicos ☐ SI ☐ NO Edad _____ Tipo de cirugía _____

¿Presenta alguna limitación física? ☐ SI ☐ NO Aclaración _____

¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS
de acuerdo a su cumplimiento

tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2

☐ VACUNACION COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐ SIN DATOS

En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACION DE Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

RECURRIR A Institución _____
Domicilio _____ Teléfono _____

MEDICO Apellido/s _____ Nombre/s _____
Domicilio _____ Teléfono _____

FAMILIAR Apellido/s _____ Nombre/s _____
Domicilio _____ Teléfono _____

ACTUALIZACIONES

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI ☐ NO ¿Hay cambios? SI ☐ NO

Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI ☐ NO ¿Hay cambios? SI ☐ NO

Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI ☐ NO ¿Hay cambios? SI ☐ NO

Describe los cambios de salud del alumno _____

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario

☐ Comedor

☐ DMC: Desayuno / Merienda Completa

Prestaciones válidas para nivel Post Primario

☐ Simple

☐ Doble

☐ Completa

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

El abajo firmante se compromete a comunicar el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____

Firma del responsable

Aclaración

Firma del Director

ANEXO III

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

Por la presente autorizo a
DNI..... estudiante de Año, sección..... 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):

.....

Aclaración: El presente anexo se debe completar y firmar por única vez; tendrá validez para
cada ocasión en la que se requiera durante el presente ciclo lectivo y será archivado en el Legajo
de cada Estudiante.

El mismo puede ser completado de forma digital, pero debe ser impreso y llevar la firma original
del adulto responsable.



Colegio Sagrada Familia
Ficha médica

Fecha límite de entrega 31/3

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:CURSO: NIVEL:
Calle.Nº Localidad.....
CP..... TE:..... TEL. ALT.:
Obra social: Carnet Nº:.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A

Nombre y apellido:TE:1
2:3.....4.....

Calle.....NºLocalidad
Teléfono alternativo:.....
Trasladar a.....

HISTORIA CLINICA

Enfermedades padecidas hasta la fecha:
.....

Enfermedades que padece o a las que es propenso: (Responder si – no)

Enfermedades Respiratorias Afecciones del oído..... Cólicos renales.....
Cardiopatías..... Infecciones urinarias..... Enfermedades oftalmológicas.....
¿Cuáles?..... Otras.....

Es alérgico a:

Comidas..... ¿Cuáles?.....
Medicamentos..... ¿Cuáles?.....
Antibióticos..... ¿Cuáles?.....
Picaduras..... ¿Cuáles?.....
Ambientales..... ¿Cuáles?.....

Fue operado de.....
Está tomando algún medicamento..... ¿Cuál?.....
Sigue algún tratamiento..... ¿Cuál?.....

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente
.....
.....

SOLO PARA SALA DE 5

- ADJUNTAR:
- Control oftalmológico
 - Control fonoaudiológico
 - Audiometría

En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems, deberá presentarse conjuntamente con este formulario el certificado médico que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividades físicas.

.....
Dejo expresa constancia que se encuentra en buenas condiciones físicas, asimismo nos hacemos responsables del control periódico de su salud y notificaré al Colegio cualquier anomalía que se presente en el futuro.

Fecha:

.....
Firma del padre, madre o tutor

.....
Aclaración y DNI

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO

Dejo constancia de que el alumno.....DNI.....
en la fecha lo encuentro apto para realizar actividad física tanto en la actividad curricular en el Colegio como fuera de él (torneos, campamentos, etc.) durante el presente ciclo lectivo.

Fecha:

.....
Firma del médico

.....
Aclaración

OBSERVACIONES:
.....
.....
.....
.....