



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

CUE

Clave Provincial 4131PP6380 CUE 0616706-00 A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

Nombre Colegio Sagrada Familia Nº 6380 Distrito SAN MIGUEL

SECTOR DE GESTION: Estatal Privado Municipal Nacional 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: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

INSCRIPCION

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL PRIMARIO AÑO 1 2 3 4 5 6

TURNO SOLICITADO Mañana Tarde Alternado JORNADA Simple Completa Doble escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCION ACTUAL Ingresante En Período Extendido de Enseñanza
 (Marque sólo una opción) Reinscripto Promovido en Sistema de Promoción Acompañada
 Promovido Consignar área pendiente _____
 Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Asistió a la Sala de 5 años en el Jardín de Infantes? SI NO

¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

DATOS DEL ALUMNO

Tipo de Doc. _____ Nº _____ Posee En Trámite No Posee Estado del Doc. Bueno 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 SI 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 SI NO Obra social SI NO

¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa? SI NO

- AUH
- Progresar
- Becas para Judicializados
- Becas por excepción
- Otros

Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
 A pie Omnibus Auto particular Taxi/Remís Otro

DATOS DE LA MADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
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? SI NO
¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
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? SI NO
¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
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

Fecha de la determinación _____

Talla (en centímetros) _____

Peso _____

Kgrs. (con 1 décimo)

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

Describa los cambios de salud del alumno _____

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

Describa los cambios de salud del alumno _____

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

Describa 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

Prestaciones válidas para nivel Post Primario

Comedor

Simple

DMC: Desayuno / Merienda Completa

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. N° Localidad.....

CP..... TE:..... TEL. ALT.:

Obra social: Carnet N°:.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A

Nombre y apellido: TE:1.....

2: 3..... 4.....

Calle..... N° Localidad

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:
.....
.....
.....