

## FICHA DE INSCRIPCION Ciclo Lectivo 2022

DATOS DEL ALUMNO/A SALA: \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Nac. \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel alternat. : \_\_\_\_\_

### DATOS DE LOS PADRES

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Movil: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac : \_\_\_\_\_ DNI : \_\_\_\_\_ Nac : \_\_\_\_\_  
Profesión/ocupación : \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo : \_\_\_\_\_  
Tel . Laboral : \_\_\_\_\_ Correo electrónico : \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Movil: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac : \_\_\_\_\_ DNI : \_\_\_\_\_ Nac : \_\_\_\_\_  
Profesión/ocupación : \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo : \_\_\_\_\_  
Tel . Laboral : \_\_\_\_\_ Correo electrónico : \_\_\_\_\_

### DATOS DE HERMANOS

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. : \_\_\_\_\_  
Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. : \_\_\_\_\_  
Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. : \_\_\_\_\_

### PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO/A DE LA ESCUELA

1. Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vinculo Familiar: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

2. Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vinculo Familiar: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

3. Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vinculo Familiar: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Firma de los padres

Aclaración de las firmas



## FICHA MÉDICA

Alumno/a: \_\_\_\_\_

Obra Social / Cobertura Médica: \_\_\_\_\_

Afiliado N°: \_\_\_\_\_ Tel. Urgencias: \_\_\_\_\_

Sanatorio para Internación: \_\_\_\_\_

Pediatra Cabecera: \_\_\_\_\_ Tel. Pediatra: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** En caso de accidente en el ámbito del jardín o con motivo de la actividad escolar, el niño será atendido en primera instancia por un servicio de emergencia médica contratado por la institución.

De ser necesario trasladar al niño a un centro asistencial, se requerirá la presencia de un familiar. En casos en donde la urgencia no permita aguardar la presencia familiar la escuela resolverá el traslado.

Mi hijo/a ha sido operado de: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a es alérgico a: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a toma medicamentos: SI - NO ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Mi hijo/a ha tenido las siguientes enfermedades: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a actualmente padece las siguientes enfermedades: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a está autorizado a realizar actividades físicas: SI - NO

## CONTACTOS PARA URGENCIAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Buenos Aires, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

Firma del padre/madre/tutor

Aclaración de la firma