

## FICHA DE INSCRIPCION Ciclo Lectivo 2024

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

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

### DATOS DE MADRE/PADRE/TUTOR

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 20

**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

### CON TACTOS PARA URGENCIAS

Nombre: \_\_\_\_\_ b5b191

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

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

Buenos Aires, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Firma del padre/madre/tutor

Aclaración de la firma

## Autorizaciones

Autorizo a "Mi Jardín" y a las personas que lo representan a

1. Resolver y trasladar a mi hijo/a \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Al hospital más cercano en caso de ser necesario prestarle asistencia médica de EMERGENCIA que no pueda ser brindada dentro de la institución.

---

2. A exponer en las carteleras, subir a la página web de la institución, facebook, instagram y demás redes sociales fotos en donde aparezca mi hijo y/o miembros de la familia realizando actividades relacionadas con la propuesta pedagógica y recreativa de la Institución.

SI

NO

---

3. A salir del jardín en cada simulacro de evacuación que así lo requiera. Como así también en el caso de ser necesaria una real evacuación, quedando sujeta la misma a la decisión de las autoridades de la escuela.

SI

NO

---

4. A realizar el cambiado de pañales cada vez que sea necesario y a asistirlo/a en los momentos que utilice el baño, según corresponda, cada vez que no pueda realizarlo por si mismo

SI

NO

---

5 A compartir datos personales para cadena de telefónica y mail de la sala.

---

6. A manipular las viandas de alimentación y/o mamaderas, y ser calentadas en caso de ser necesario, según el criterio del personal de la escuela.

---

En mi carácter de padre/madre/tutor y habiendo leído y contestado todos los ítems firmo en conformidad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
DNI