

# FICHA DE INSCRIPCIÓN - CICLO LECTIVO 2025

## DATOS DEL ALUMNO/A

SALA: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Nac.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tél. Alternativo: \_\_\_\_\_

## DATOS DE MADRE/PADRE/TUTOR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Nac.: \_\_\_\_\_

Profesión/ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tél. Laboral: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Nac.: \_\_\_\_\_

Profesión/ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tél. Laboral: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## DATOS DE HERMANOS

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

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

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

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

1\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

2\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

3\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 accidentes 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 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: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES:

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

## 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 nuestra institución.  
  
\_\_\_\_\_
- 2\_ A **exponer en las carteleras, subir a la página web** de la institución, **facebook, instagram** y demás **redes sociales fotos donde aparezca mi hijo/a 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 sí mismo.  
  
**SI - NO**  
  
\_\_\_\_\_
- 5\_ A **compartir datos personales** para cadena de telefónica y mail de la sala.  
  
**SI - NO**  
  
\_\_\_\_\_
- 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.  
  
**SI - NO**  
  
\_\_\_\_\_

EN MI CARÁCTER DE PADRE/MADRE/TUTOR Y HABIENDO LEÍDO Y CONTESTADO TODOS LOS ÍTEMS FIRMO EN CONFORMIDAD:

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
DNI