

FICHA DE INSCRIPCIÓN - CICLO LECTIVO 2026



DATOS DEL ALUMNO/A SALA: HORARIO:

Apellido y Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ Nac.: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Tél. Alternativo: _____

DATOS DE MADRE/PADRE/TUTOR

Apellido y Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ Nac.: _____
Profesión/ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
Tél. Laboral: _____ Correo electrónico: _____

Apellido y Nombre: _____
Domicilio: _____
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 aguantar 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 si 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