

# FICHA DE INSCRIPCIÓN - CICLO LECTIVO 2027



**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