



La siguiente ficha intenta obtener información de salud de los alumnos, la cual debe ser completada íntegramente señalando con un círculo cada una de las respuestas y especificando y acompañando por certificado médico en caso de responder afirmativamente algún ítem

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:
DNI:
AÑO QUE CURSA:

INFORMACION DE SALUD

Obra Social:..... N° Afiliado:.....

ANTECEDENTES:

- ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?: **SÍ - NO**
¿Cuál? :
- Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? **SI- NO** ¿Por qué?:
- ¿Diabetes? **SI - NO** Tipo y medicación.....
- Traumatismo de cráneo: **SÍ - NO**. Con pérdida de conocimiento:.....
- Lesiones deportivas: **SÍ - NO** ¿Cuál?
.....
- Hernias inguinales, crurales **SÍ - NO**
.....
- Hematológicas **SÍ - NO**
- ¿Padece algún tipo de enfermedad crónica? **SÍ- NO** ¿Cuál?.....

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? ¿ASMA? SÍ - NO

- En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:
- La alergia se debe a: No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?:**SÍ NO**

TRATAMIENTOS:

- ¿Recibe tratamiento médico?: **SÍ - NO** Especifique:
- Quirúrgicos: **SÍ - NO** Edad:..... Tipo de Cirugía:.....
- ¿Presenta alguna limitación física?; **SÍ - NO** Aclaración
- Otros problemas de salud:.....
- ¿Convulsiones?.....
- Actualmente se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos. En caso de contestar SI, indique cuál:
.....
- Ha padecido en fecha reciente: **HEPATITIS (60días) SI - NO/ SARAMPIÓN (30 días) SI - NO/ MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 días) SI - NO/ ESGUINCE O LUXACIONES (60 días) SI - NO/ PAROTIDITIS (20 días) SI - NO/**

VACUNAS OBLIGATORIAS: De acuerdo a su cumplimiento teniendo en cuenta el Calendario de Vacunación y La Guía de Salud, :
VACUNACIÓN: COMPLETA INCOMPLETA En caso de ser incompleta se debe realizar consulta médica

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :

Recurrir a: Institución:.....
Domicilio: Teléfono:.....
Médico Apellido/s
Domicilio: Telefono:.....
Familiar: Nombre..... Relación/
Parentesco:.....
Domicilio:.....
Telefono:.....

ACTUALIZACIONES:

Fecha:...../...../..... Anual: **SÍ NO** ¿Hay cambios? **SÍ NO**
Describa los cambios de salud del alumno:.....
Fecha:...../...../..... Anual: **SÍ NO** ¿Hay cambios? **SÍ NO**
Describa los cambios de salud del alumno:.....
Fecha:...../...../..... Anual: **SÍ NO** ¿Hay cambios? **SÍ NO**
Describa los cambios de salud del alumno:.....

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. EL abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha:
Firma del padre o tutor Aclaración
DNI
Firma de la madre o tutor Aclaración
Aclaración:.....
DNI.....

ACTAS DE AUTORIZACIÓN DEL ALUMNO - CICLO LECTIVO 2020 - NIVEL PRIMARIO

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:.....
DNI:.....**FECHA DE NACIMIENTO:**
AÑO (que cursará en el 2019).....**TURNO:**.....

AUTORIZACIÓN DE SALIDA POR SIMULACRO O EMERGENCIA REAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a a ser retirado de la Institución Educativa, acompañado por el personal docente y auxiliar en caso de una emergencia real y/o simulacro. Atento la importancia de la presente esta autorización es de carácter permanente mientras la condición del alumno sea regular de nuestra institución.

 Firma Madre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

 Firma Padre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

AUTORIZACIÓN SERVICIOS DE EMERGENCIA

Por la presente autorizo a mi hijo/a si las circunstancias lo requieren, a ser revisado, curado, atendido y/o sometido a la realización de los procedimientos y acciones que el profesional médico y auxiliar del servicio de emergencia contratado por la Institución Educativa estime conveniente dada la situación.

 Firma Madre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

 Firma Padre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS EDUCATIVAS Y SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
Resolución nº378/17

Por la presente autorizo a mi hijo/a, a participar de las salidas educativas y de las salidas en representación institucional programadas por la Institución. Dejo constancia que me notificaré de las mismas, así como de los responsables de las actividades, el lugar donde se realizaran y los datos del transporte pertinente.

 Firma Madre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

 Firma Padre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DE IMAGEN

En nuestro carácter de progenitores/ Tutores legales y en pleno ejercicio de nuestra patria potestad autorizamos a NOIS S.R.L y al ICT a la toma y difusión gráfica y visual de la imagen surgida de actividades escolares, complementarias y extraescolares de mi hijo/a para ser publicada y/o difundida en soportes de comunicación gráficos institucionales, videos institucionales y sitios oficiales del colegio en Internet.

 Firma Madre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

 Firma Padre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

AUTORIZACIÓN DIFUSIÓN DE TELEFONO Y MAIL PARTICULAR

Por la presente autorizo al ICT del Nivel Primario a difundir el teléfono particular:..... ,
 y el mail:..... ,

Para ser utilizado en la cadena telefónica del curso donde concurre mi hijo/a, compartiendo estos datos con las familias de la misma.

 Firma Madre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

 Firma Padre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

NOTIFICACION DEL ACUERDO DE CONVIVENCIA

Me notifico que he hecho lectura del Acuerdo de Convivencia, he tomado total conocimiento del mismo y aceptado sus condiciones y términos, como así también de las normas administrativas sobre montos y formas de pago de aranceles y matrícula. El incumplimiento del mismo implica que el ICT (NOIS S.R.L) haga uso del derecho de admisión para el año siguiente. De existir alguna modificación seré notificado oportunamente por la Institución al inicial el ciclo escolar.

 Firma Madre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....

 Firma Padre y/o tutor
 Aclaración.....
 DNI.....



AUTORIZACIÓN DE SALIDAS CICLO 2020

En nuestro carácter de progenitores y en pleno ejercicio de nuestra patria potestad dejamos debida constancia y asumiendo la exclusiva y total responsabilidad que el alumno/a.....DNI....., que cursa.....Sección.....Turno.....

Se retirará del Establecimiento: (Escribir SI /NO)

- En combi (Solicitar Acta de Autorización en Secretaria)
• Con adultos a cargo.....pudiendo ser retirado del Establecimiento, además de los firmantes, por las siguientes personas, las cuales todas revisten mayoría de edad.

1. NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....

VINCULO:.....TELEFONO:.....

2. NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....

VINCULO:.....TELEFONO:.....

3. NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....

VINCULO:.....TELEFONO:.....

4. NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....

VINCULO:.....TELEFONO:.....

5. NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....

VINCULO:.....TELEFONO:.....

6. NOMBRE Y APELLIDO.....DNI.....

VINCULO:.....TELEFONO:.....

Les recordamos que no está autorizado el retiro de alumnos dentro del horario escolar por otras personas que no sean los padres.

Asimismo tomo conocimiento fehaciente en este acto que el horario de apertura de la puerta es de 7:40 para el turno mañana y de 12:50 para el turno tarde y el horario de retiro del/la menor corresponde al horario de salida 12:30 Turno mañana y de 17:40 Turno tarde, obligándome a cumplir con el mismo.

La modificación de las personas autorizadas tanto sea para agregar o quitar persona alguna debe formalizarse por escrito en la cual deberán notificarse ambos padres.

Comunicar al docente a través del cuaderno de comunicaciones si hubiera cambios en el retiro del día., especificando los datos de la persona autorizada (nombre y apellido DNI).

Firma Madre y/o tutor..... Firma Padre y/o tutor.....

Aclaración..... Aclaración.....

DNI:DNI.....

TODAS LAS PLANILLAS/AUTORIZACIONES TENDRAN QUE SER FIRMADAS POR AMBOS PADRES Y/O TUTOR.. EN EL CASO DE NO PODER EFECTUARSE, ADJUNTAR LA DOCUMENTACION PERTINENTE.