

| | |
|--------------------|---------------------|
| FECHA: ___/___/___ | NIVEL PRIMARIO |
| TURNO: _____ | |
| CURSO: _____ | que cursará en 2022 |

Ficha de Datos Personales REMATRICULACION-----ADMINISTRACIÓN

Datos del Alumno

Apellido y Nombres _____

Consignar como figura en DNI

Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____

Domicilio _____ Piso _____ Dto _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento: _____

Datos del Padre/ Tutor

Apellido y Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____

Domicilio _____ Piso _____ Dto _____ Teléfono _____

Celular _____ E-Mail _____

Trabaja en relación de dependencia Trabaja por cuenta propia

Lugar donde trabaja _____ Cargo _____

Domicilio del trabajo _____ TEL. _____

Datos de la Madre / Tutor

Apellido y Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____

Domicilio _____ Piso _____ Dto. _____ Teléfono _____

Celular _____ E-Mail _____

Trabaja en relación de dependencia Trabaja por cuenta propia

Lugar donde trabaja _____ Cargo _____

Domicilio del trabajo _____ TEL. _____

Por razones administrativas, indicar el responsable del cumplimiento de las cuotas escolares (Apellido y Nombre) _____

Completar la solicitud precedente implica el expreso conocimiento y aprobación del Ideario Institucional y del Acuerdo Institucional de Convivencia, la conformidad con los criterios en que se imparte la enseñanza, con los modelos de evaluación, con los criterios de promoción y con los procedimientos administrativos.

Los responsables legales del alumno/a se comprometen a mantener actualizados sus datos personales informando cualquier tipo de cambio en los datos anteriormente consignados.

Los Señores Padres toman conocimiento y se notifican del Acuerdo Institucional de Convivencia (AIC), que implica la aceptación de todos sus términos, como así también de las normas administrativas sobre montos y formas de pago de aranceles y matrícula anuales. Dado que, en caso de incumplimiento, el ICT se reserva el derecho de admisión para el año siguiente (de acuerdo a la facultad conferida las instituciones de enseñanza privada por legislación vigente). La firma del presente acuerdo implica su total conocimiento y aceptación por parte del personal de la escuela, alumnos y familias; con el fin de comprometerse y adecuarse al logro de una sana convivencia.

Firma Madre / Tutor

Aclaración y DNI

Firma Padre / Tutor

ACLARACIÓN Y DNI

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?: **SÍNO**

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** (60 días) **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:Teléfono:.....
Familiar: Nombre Relación/
Parentesco:.....
Domicilio:.....
Teléfono:.....

ACTUALIZACIONES:

Fecha:...../...../..... Anual: **SÍ NO** ¿Hay cambios? **SÍNO**
Describe los cambios de salud del alumno:.....
Fecha:...../...../..... Anual: **SÍ NO** ¿Hay cambios? **SÍNO**
Describe los cambios de salud del alumno:.....
Fecha:...../...../..... Anual: **SÍ NO** ¿Hay cambios? **SÍNO**
Describe 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 tutorAclaración DNI

Firma de la madre o tutorAclaraciónDNI.....



NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

AÑO (QUE CURSARÁ EN 2022) _____ 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 a 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: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

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: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DNI: _____

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS EDUCATIVAS Y SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL – Resolución nº 378/17

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 realizarán y los datos del transporte pertinente.

Firma Madre y/o tutor : _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

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: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DNI: _____

AUTORIZACIÓN DIFUSIÓN DE TELÉFONO 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: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DNI: _____

NOTIFICACIÓN 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 iniciar el ciclo escolar.

Firma Madre y/o tutor: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DNI: _____

AUTORIZACIÓN DE SALIDAS CICLO 2022

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 Secretaría)
- 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.

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, apellido y DNI).

FirmaMadrey/otutor..... FirmaPadrey/otutor.....

Aclaración..... Aclaración.....

DNI:DNI.....