



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino?

☐ SI, y tiene el DNI físico

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite

☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?

☐ SI

☐ NO

¿Posee documento extranjero?

☐ SI, tipo de doc.: N°:

☐ NO

Identidad de género:

☐ Mujer

☐ Mujer trans / travesti

☐ Varón

☐ Varón trans / masculinidad trans

☐ No binario

☐ Otra

☐ No desea responder

Lugar de nacimiento:

☐ En Argentina

☐ En el extranjero

Nacionalidad:

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:

☐ Buenos Aires

☐ Otra (especificar):

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:Localidad:

DOMICILIO

Calle:N°:Piso:Torre:Depto:

Entre calle:y calle:Otro dato:

Provincia:Distrito:Localidad:

Teléfono: (cód. área:)Teléfono celular: (cód. área:)

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:

☐ SI

 Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:

☐ NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:

☐ SI

☐ NO

Otra/s lengua/s:

☐ SI

☐ NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?

☐ SI

☐ NO

¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?

☐ SI

☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta

☐ Transporte escolar DGCyE

☐ Colectivo

☐ Tren

☐ Vehículo particular

☐ Taxi/Remis

☐ Otro

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?

☐ SI

☐ NO

 En caso afirmativo: Obra social:N° Afiliado:

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Nombre escuela:	Nº:
A completar por el establecimiento: Clave provincial:	CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar): Distrito:

Nivel/Modalidad: Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos

Nombre escuela: Nº:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Año: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel

☐ Reinscripta / Reinscripto

☐ Promovida/Promovido

☐ En Período Extendido de Enseñanza

☐ Repitente

☐ Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:

TRAYECTORIA EDUCATIVA

¿Asistió a jardín de infantes?

☐ SI, desde sala de 3 años

☐ SI, desde sala de 4 años

☐ SI, solo a sala de 5 años

☐ NO

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión?

☐ SI

☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo?

☐ SI

☐ NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC):

☐ SI

☐ NO

Centro de Educación Física (CEF):

☐ SI

☐ NO

Escuela de Educación Estética:

☐ SI

☐ NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor

☐ Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante:

☐ Madre

☐ Padre

☐ Tutor

☐ Tutora

☐ Otro

Apellido/s:

Nombre/s:

Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino?

☐ SI, y tiene el DNI físico

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico

☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino:

¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?

☐ SI

☐ NO

¿Posee documento extranjero?

☐ SI, tipo de doc.:

Nº:

☐ NO

Profesión u ocupación:

¿Asistió a algún establecimiento educativo?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó?

☐ Primario

☐ Secundario

☐ Superior

☐ Superior Universitario

☐ Posgrado

¿Completó ese nivel?

☐ SI

☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia

☐ Trabaja

☐ Busca trabajo

☐ Realiza tareas de cuidado no pagas

☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO

Convive con la o el estudiante:

☐ SI

☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle:

Nº:

Piso:

Torre:

Depto:

Entre calle:

y calle:

Otro dato:

Provincia:

Distrito:

Localidad:

Teléfono: (cód. área:)

Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante:	☐ Madre	☐ Padre	☐ Tutor	☐ Tutora	☐ Otro
Apellido/s:	Nombre/s:			Nacionalidad:	
¿Posee DNI argentino?	☐ SI, y tiene el DNI físico	☐ SI, pero NO tiene el DNI físico	☐ NO posee DNI argentino		
Si respondió SI, indique número de DNI argentino:					
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO					
¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO					
Profesión u ocupación:			¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO		
En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado					
¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO					

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia	☐ Trabaja	☐ Busca trabajo	☐ Realiza tareas de cuidado no pagas	☐ Recibe jubilación o pensión
----------------------------------	----------------------------------	--	---	--

DOMICILIO

Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle:	N°:	Piso:	Torre:	Depto:
Entre calle:	y calle:	Otro dato:		
Provincia:	Distrito:	Localidad:		
Teléfono: (cód. área:)		Teléfono celular: (cód. área:)		
Correo electrónico:				

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s:	Nombre/s:	
Tipo de doc:	N°:	Describe restricción:
La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.		

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo:	N° de Matriz:	N° de Folio:
---------------	---------------	--------------

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable:	Aclaración:
Fecha de inscripción: / /	Firma Directora o Director:



FECHA: __ / __ / __ NIVEL PRIMARIO
TURNO: _____
CURSO : _____
(QUE CURSARÁ EN 2025)

Ficha de Datos Personales REMATRICULACION-----ADMINISTRACIÓN

Datos del Alumno

Apellido y Nombres _____
Consiguar 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?: **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 (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? **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.

Firma del padre o tutor Aclaración DNI

Firma de la madre o tutor Aclaración DNI

Fecha:



NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

AÑO (QUE CURSARÁ EN 2025) _____ 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

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 : _____

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 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: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

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: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma padre y/o tutor: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CICLO LECTIVO 2025

ANEXO III

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA ACTIVIDADES DURANTE EL CICLO LECTIVO SALIDA EDUCATIVA/ REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL PARA ESTUDIANTES CON MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD

Por la presente autorizo a
DNI..... estudiante de Año, seccióna participar
de las Salidas Educativas o de Representación Institucional que se lleven a cabo en el
barrio o área geográfica inmediata o próxima al establecimiento educativo, sin
necesidad de utilizar un medio de transporte, en el marco de la normativa vigente.

La presente autorización es válida para actividades académicas, deportivas, culturales
o comunitarias que se realicen durante el actual ciclo lectivo.

Fecha: /...../.....

Firma madre, padre o adulto responsable:

Aclaración:

DNI :

Aclaración: El presente anexo se debe completar y firmar por única vez; tendrá
validez para cada ocasión en la que se requiera durante el presente ciclo lectivo y será
archivado en el Legajo de cada Estudiante.

Previo a cada salida educativa o de representación institucional, se enviará una nota informativa con
los detalles de la misma (lugar a visitar, horarios, costo, personas acompañantes).

AUTORIZACIÓN DE SALIDAS CICLO 2025

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 por escrito 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.....

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