



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

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 será 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..