



DEVOLVER COMPLETO Y FIRMADO POR AMBOS PADRES

Solicitud de Inscripción / Reinscripción Nivel Primario

Ficha de Datos

NIVEL PRIMARIO

FECHA: ___ / ___ / ___

AÑO/SEC _____

- que cursará 2018-

Apellido y Nombres del alumno _____

Consignar como figura en DNI _____

Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____

Domicilio _____ Piso _____ Dto _____ Teléfono _____

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.

Firma Madre / Tutor

Firma Padre / Tutor

Aclaración

Aclaración



ACTAS DE AUTORIZACIÓN DEL ALUMNO - CICLO LECTIVO 2018 – NIVEL PRIMARIO

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:
DNI:.....**FECHA DE NACIMIENTO:**
AÑO (que cursará en el 2018).....**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 número:....., 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 será 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 2018

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.....DNIque 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 APELLIDODNI.....
 VINCULO:.....
 TELEFONO:.....

2. NOMBRE Y APELLIDODNI.....
 VINCULO:.....
 TELEFONO:.....

3. NOMBRE Y APELLIDODNI.....
 VINCULO:.....
 TELEFONO:.....

4. NOMBRE Y APELLIDODNI.....
 VINCULO:.....
 TELEFONO:.....

5. NOMBRE Y APELLIDODNI.....
 VINCULO:.....
 TELEFONO:.....

6. NOMBRE Y APELLIDODNI.....
 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.



**Dirección General de
Cultura y Educación**
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires

CICLO LECTIVO 2018



**INSTITUTO CARLOS
TEJEDOR**
DIPREGEP 1767
NIVEL EP

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:

Médico Domicilio: Teléfono:

Apellido/s

Domicilio: Telefono:.....

Familiar: Nombre: Relación/

Parentesco:.....

Domicilio:.....

Telefono:.....

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.

Fecha:

Firma del padre o tutor Aclaración

DNI

Firma de la madre o tutor Aclaración

Aclaración:.....

DNI:.....

Devolver completo y firmado por ambos padres

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial _____ CUE _____ A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
Nombre _____ Nº _____ Distrito _____
SECTOR DE GESTION: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete solo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

Clave Provincial _____ CUE _____ A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO Nivel/Modalidad _____
Nombre _____ Nº _____ Dirección _____
Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ País _____
SECTOR DE GESTION: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

INSCRIPCIÓN

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL PRIMARIO AÑO 1 2 3 4 5 6

TURNO SOLICITADO Mañana Tarde Alternado **JORNADA** Simple Completa Doble escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marque sólo una opción)
 Ingresante En Período Extendido de Enseñanza
 Reinscripto Promovido en Sistema de Promoción Acompañada
 Promovido Consignar área pendiente _____
 Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO
¿Asistió a la Sala de 5 años en el Jardín de Infantes? SI NO
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

DATOS DEL ALUMNO

Tipo de Doc. _____ Nº _____ Posee En Trámite No Posee Estado del Doc. Bueno Malo
Apellido/s _____ Nombre/s _____
Sexo _____ Fecha de Nac. _____ Lugar de Nac. _____ Nacionalidad _____
DOMICILIO Calle _____ Nº _____ Piso _____ Torre _____
Dpto _____ Entre calles _____
Otro dato referido al domicilio _____
Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Teléfono Celular _____
Nº de Legajo _____ Nº de Matriz _____ Nº de Folio _____ A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

OTROS DATOS DEL ALUMNO

Hermanos SI NO Cantidad _____ Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento _____
Cantidad de habitantes en el hogar _____ Cantidad de habitaciones en el hogar _____ Otra lengua hablada en el hogar _____
Recibe ayuda escolar SI NO Obra social SI NO
¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa? SI NO AUH Becas por excepción
 Progresar Otros
 Becas para Judicializados
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
 A pie Omnibus Auto particular Taxi/Remís Otro

DATOS DE LA MADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ N° _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____
 Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
 ¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
 Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL PADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ N° _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____
 Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
 ¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
 Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL TUTOR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____
 Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
 ¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
 Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____
 Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Restricción _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social _____ Nº Afiliado _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por qué? _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

La alergia se debe a _____ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique _____

Quirúrgicos SI NO Edad _____ Tipo de cirugía _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración _____

¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS

de acuerdo a su cumplimiento

tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2

VACUNACION COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS

En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACION DE

Fecha de la determinación

Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo)

_____ / _____ / _____

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

RECURRIR A

Institución _____

Domicilio _____ Teléfono _____

MEDICO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Domicilio _____ Teléfono _____

FAMILIAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Domicilio _____ Teléfono _____

ACTUALIZACIONES

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno _____

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario

Comedor

DMC: Desayuno / Merienda Completa

Prestaciones válidas para nivel Post Primario

Simple

Doble

Completa

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

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 el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____ Firma del responsable _____ Aclaración _____ Firma del Director _____