**COMPLETAR AMBAS FICHAS CON LETRA CLARA Y EN IMPRENTA**

 **1 -FICHA DE DATOS DEL ALUMNO/A PARA SECRETARIA**

**APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO/A:.............................................................................**

**GRADO:.................**D.N.I :......................................... NACIONALIDAD............................................................

DOMICILIO:...........................................................................................Localidad.................................................

 TELEFONO:............................................................................................................................................................

**LUGAR** Y FECHA DE NACIMIENTO.( ciudad, localidad )........................................................................

**NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR/A:.....................................................................................................**

D.N.I :.................................................. NACIONALIDAD....................................................................................................

DOMICILIO:.........................................................................................................................................................................

TELEFONOS:........................................................................................OCUPACIÓN:...............................................

EMAIL...........................................................................................................

**NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR/A:.....................................................................................................**

D.N.I :.............................................................. NACIONALIDAD.......................................................................................

DOMICILIO:..........................................................................................................................................................................

TELEFONOS:...........................................................................................OCUPACIÓN:.............................................

EMAIL.............................................................................................................

**En caso de no poder comunicarse llamar a :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **vinculo** | **Teléfonos** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Personas autorizados a retirarlo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **vinculo** | **DNI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Indicar quién lo retira habitualmente del colegio: ............................................................................................................**

**En caso de utilizar transporte indicar quién le corresponde: ...........................................................................................**

**AUTORIZACION SUBIR FOTOS A REDES SOCIALES PUBLICAS SI NO (tachar lo que no corresponde)**

**Firma padre/madre/tutor/a.................................................. Firma padre/madre/tutor/a ...................................**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**2** FICHA DE DATOS DEL ALUMNO .PARA RECEPCIÓN/TELEFONISTA

**NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO/A:...........................................................................................................................................**

**GRADO:...........................**TELEFONO:..................................................................................

**NOMBREMADRE/PADRE/TUTOR/A................................................................................................DNI............................................**

TELEFONOS:...........................................................................................................................................................................................

**NOMBREMADRE/PADRE/TUTOR/A................................................................................................DNI............................................**

 TELEFONOS:..........................................................................................................................................................................................

**En caso de no poder comunicarse con los padres llamar a :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nombre** | **vínculo** | **teléfono** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Personas autorizados a retirarlo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **vinculo** | **DNI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Indicar quién lo retira habitualmente del colegio: ..........................................................................................**

**En caso de utilizar transporte indicar quién le corresponde: ........................................................................................**

**Firma padre/madre/tutor/a.................................................. Firma padre/madre/tutor/a ...................................**

Autorización para campo de deportes **Escuela del Jacarandá a-1145**

 Ciudad Autónoma de Buenos Aires……de………………..de 2020

Autorizo a …………………………………………………………………………………………………………...................alumno/a de …….grado …………….

A concurrir al predio del Club Atlético Sefaradí Argentino Ciudad de Buenos Aires los días **JUEVES de los meses de marzo,abril,mayo,junio,julio,agosto,septiembre,octubre,noviembre y diciembre**

del **ciclo lectivo 2020**. .Horario de salida: 13.30 hs Horario aproximado de llegada a la escuela: 16.15hs

……………………………………………………….. ………………………………………………

Firma y aclaración de la madre Firma y aclaración del padre

**FICHA DE DATOS MÉDICOS PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA**

**APELLIDO Y NOMBRE** del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO**:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **EDAD**:\_\_\_\_\_\_\_ **SEXO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LOS PADRES O RESPONSABLES**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TEL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL---------------------------------------- t

**GRUPO SANGUINEO**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FACTOR Rh**: (\_\_\_)

**OBRA SOCIAL** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **SOCIO N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel de emergencias**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)

Sarampión Otitis Escarlatina Celíaco Varicela Bronquitis Meningitis Epilepsia Tos convulsiva Hernias Asma Paperas Sinusitis Problemas neurológicos Problemas de Coagulación Cardiopatías Diabetes Reumatismo

Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ANTECEDENTES DE INTERÉS Operaciones/Traumatismos/fracturas / Alergias/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA**
* **-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**
* Otras **OBSERVACIONES/INDICACIONES** que Ud. crea conveniente hacer:
* ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EDUCACIÓN FÍSICA :Consignar las observaciones** que considere importantes para tener en cuenta en las clases de educación física (de no ser necesario cruzar con una raya)

 Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos y a adjuntar el apto físico firmado por profesional médico

 Buenos Aires, ………….de …………………..de ……………………..

………………………………………. …………………………………

Firma y aclaración madre Firma y aclaración padre

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

 **ADJUJNTAR SEPARADAMENTE EL APTO FISICO FIRMADO POR MEDICO**