**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................................................................................................................

**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: ...........................................................................................**

|  |
| --- |
| **7° Marcar con una X** |
| **Se puede retirar SOLO/A al mediodía...........        a la tarde ………….. en ambos turnos……….** |

**Turno tarde por  curso de ingreso Salida ……. Hs  Días ………………………………………………….**

**Adjuntar constancia de instituto**

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

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

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

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

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

**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/transporte: ...............................................................................**

|  |
| --- |
| **7° Marcar con una X** |
| **Se puede retirar SOLO/A al mediodía...........        a la tarde ………….. en ambos turnos……….** **turno  tarde por  curso de ingreso Salida ……. Hs  Días ………………………………………………….** |

Firma …………………………………………………

**AUTORIZACION PARA CAMPO DE DEPORTES**

                                                  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  MARTES 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:\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PADRES/RESPONSABLES / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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:

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 ED. 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