

Ciclo Lectivo 2026

• **MATRICULACIÓN**

A la Directora:

Quien suscribe _____ DNI N° _____
solicita la matriculación de su hijo en este establecimiento según los datos que se completan a continuación:

Alumno:.....Edad:.....Grado/año:.....Turno mañana.

Domicilio:.....Teléfono:.....

Mail:.....

• **AUTORIZACIONES** (Marcar lo que corresponda)

SI - NO Autorizo a las autoridades del establecimiento a utilizar fotografías donde se vea a mi hijo/a con finalidades educativas.

• **AUTORIZACIÓN RETIRO ANTICIPADO**

SI - NO Autorizo a mi hijo/a, a retirarse solo del establecimiento a las 12 hs, sin previa notificación a los responsables parentales, ante un imprevisto.

• **AUTORIZACIÓN DE RETIRO**

Autorizo a las siguientes personas a retirar del establecimiento educativo al alumno/a _____,
DNI _____, quedando bajo mi responsabilidad.

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TIPO DE PARESTESCO

• **DERIVACIÓN SANATORIO** (Marcar lo que corresponda)

En caso de **URGENCIA**, autorizo a derivar a mi hijo _____, a través del servicio ambulatorio de **SER** al SANATORIO.... **ITALIANO (EX CASTELLI) – SAN MARTÍN**

➤ Pediatra de cabecera: Dr. _____,

➤ Obra Social _____.

Aclaración de la firma

Firma

Estimados responsables parentales:

Por la presente llegamos a ustedes solicitando que, a modo de DECLARACIÓN JURADA, tengan a bien completar cuidadosamente la información que se detalla a continuación con letra imprenta legible. **Firmar** al pie de la página.

Recordamos que esta información debe ser actualizada anualmente en el Sistema de Gestión Escolar Web (SIGAE-WEB) del Ministerio de Educación. La presente hoja formará parte del legajo de su hijo/a. Muchas gracias.

Datos a tener en cuenta al completar la planilla:

<p>NIVEL DE INSTRUCCIÓN:</p> <p>Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa</p> <p>Superior no Universitario incompleto Superior no Universitario completo Superior Universitario incompleto Superior Universitario completo Superior no Universitario en curso Superior Universitario en curso</p>	<p>PARENTESCO:</p> <p>Padre Madre Padrastra Madrastro Abuelo / Abuela Tío / Tía Conviviente Tutor legal (adjuntar aval)</p>	<p>ESTADO CIVIL:</p> <p>Soltero /a Unido/a de hecho Casado /a Divorciado /a Divorciado/a y unido /a Separado/a de hecho Separado/a de hecho y unido Viudo/a Viudo/a y unido</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los datos consignados en este formulario serán tomados en cuenta para la matriculación del ciclo lectivo **2026**

Datos del alumno/a ingresante a: GRADO/AÑO del nivel _____

Nombre: DNI Sexo: Grupo sanguíneo:

Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:/...../.....

Domicilio: Teléfono:

Posee discapacidad: SI – NO / Tiene Certificado de discapacidad: SI – NO (SI LO TIENE ADJUNTAR UNA COPIA)
TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

Información por familia (responsables parentales)

Nombre: DNI: Sexo: ... Parentesco:

Localidad de nacimiento: Fecha de nacimiento:/...../.....

Nacionalidad: Nivel de instrucción:

Domicilio..... Teléfono celular:

Estado civil: E-mail:

Ocupación: Estado de ocupación: Activo

-

Nombre: DNI: Sexo: ... Parentesco:

Localidad de nacimiento: Fecha de nacimiento:/...../.....

Nacionalidad: Nivel de instrucción:

Domicilio..... Teléfono celular:

Estado civil: E-mail:

Ocupación: Estado de ocupación: Activo

Hermanos dentro del establecimiento (detallar Apellido y Nombre - Grado/Curso):

.....

Firma: Aclaración de la firma:



1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

APELLIDO Y NOMBRE:.....GRADO/AÑO
DOMICILIO:.....TELÉFONO:
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:TELÉFONO:

2. EXAMEN MÉDICO

CERTIFICO QUE GOZA DE BUENA SALUD, NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD, Y ESTÁ CAPACITADO/A FÍSICA Y MENTALMENTE PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA

FECHA:/...../.....

FIRMA DEL MÉDICO Y ACLARACIÓN:

3. HISTORIA CLÍNICA

GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: PRESIÓN SANGUÍNEA:

> Enfermedades padecidas hasta la fecha:

(Marca con una cruz o completar)

Table with 4 columns of medical conditions: Alergia, Asma, Difteria, Epilepsia, Gastritis, Hemorroides, Hepatitis, Nefritis, Paperas, Parasitosis, Poleomelitis, Reumatismo, Rubeola, Sarampión, Sinusitis, Tos convulsa, Úlcera, Varicela, Varicocele, Viruela.

Otras:

> Enfermedades que padece o a las que es propenso/a

Table with 4 columns of conditions: Bronquitis, Resfríos, Desmayos, Constipación, Vómitos, Cardiopatías, Afecções de la nariz, Afecções de los ojos, Afecções de la voz, Afec. del oído, Diarrea, Otras.

Alérgico a:

Comidas: Medicamentos: Polvillo:
Picadura de insectos: Contacto con pétalos o plantas ¿Cuáles?
Otras (especificar claramente).....

> Si tiene alguna dificultad indicarla en las siguientes líneas:

Aparato locomotor: Piel:
Aparato circulatorio/ cardiovascular: Dientes:
Aparato respiratorio: Nariz y garganta:
Aparato digestivo: Otras:

> Vacunas o sueros recibidos (Estipular fecha correspondiente a la última dosis aplicada)

Table with 4 columns: Antituberculosa, Antitétánica, Antidiftérica, Antisarampionosa, Antiofídica, Antipoliomelítica.

> Problemas posturales:

Table with 4 columns: Escoliosis, Lordosis, Cifolordosis, Otros (especificar), Pie cabo, Pie Plano.

- ¿Utiliza instrumentos correctores posturales? ¿Cuáles?.....
- ¿Hace cuánto tiempo lo utiliza?
- ¿Fue sometido a alguna cirugía? ¿Cuáles?
- ¿En qué fecha fue realizada?

Firma del padre/madre/tutor.

Firma del pediatra

TALÓN PARA ARCHIVAR FICHA MÉDICA 2026 EN LEGAJO DEL ALUMNO (No completar)

Alumno: Salita/Grado/año:

Alérgico a:

Dificultad:

Pediatra que firma: Fecha:

CONTRATO EDUCATIVO 2026

El presente contrato mantendrá su vigencia durante el ciclo lectivo 2026, siendo necesaria la suscripción de un nuevo contrato para ciclos posteriores. En prueba de conformidad las partes suscriben en la Ciudad de Venado Tuerto a los _____ días del mes de _____ del año _____, el presente Contrato Educativo para el ciclo lectivo 2026, el cual es aceptado en todos sus términos y se respalda dicha aceptación a través de la presentación de la Declaración Jurada de Matrícula que se remite con firma y aclaración de los responsables al domicilio electrónico fijado por la Institución.

FIRMA DE RESPONSABLES PARENTALES:

Firma del Adulto responsable:

Aclaración de firma: Documento de Identidad:

Relación con el alumno:

Domicilio real: Teléfono:

Venado Tuerto, de de 202____.

ACUERDO DE CONVIVENCIA 2026

La presente tiene carácter obligatorio y formará parte del legajo de su hijo/a. Por favor completar con letra legible y color azul o negro. Gracias.

- CICLO LECTIVO 2026 -

Quienes suscriben, dejan constancia de haber leído todos los ítems del **ACUERDO DE CONVIVENCIA**, y aceptándolo plenamente nos comprometemos, en lo que a nosotros dependa, velar por su cumplimiento. –

Nombre del/la alumno/a: **Firma del alumno/a:**.....

Grado/Año:

Firma del Adulto responsable:

Aclaración de firma: Documento de Identidad:

Relación con el alumno:

Domicilio real: Teléfono:

Venado Tuerto, de de 202____.

SACRAMENTOS RECIBIDOS

Alumno: _____ Curso: _____

Religión que profesa: _____

SACRAMENTO	SI	NO	Lugar donde lo recibió (Capilla/Parroquia)
BAUTISMO			
COMUNIÓN			
CONFIRMACIÓN			

Firma responsable parental

Aclaración y DNI