E.E.S.O.P.I Nº 8032- COLEGIO SANTA ROSA

Ciclo Lectivo 2027

- **MATRICULACIÓN**

A la Directora:

Quien suscribe _____ DNI Nº_____ 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** ***(Completar con SI o NO)***

…… Autorizo a las autoridades del establecimiento a utilizar fotografías donde se vea a mi hijo/a con finalidades educativas**.**

- **AUTORIZACIÓN RETIRO ANTICIPADO**

…… 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

Fecha: _____ / _____/ _____

Colegio Santa Rosa

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:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
- Sin instrucción
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior no Universitario incompleto
- Superior no Universitario completo
- Superior Universitario incompleto
- Superior Universitario completo
- Superior no Universitario en curso
- Superior Universitario en curso

PARENTESCO:
- Padre
- Madre
- Padrastro
- Madrastra
- Abuelo / Abuela
- Tío / Tía
- Conviviente
- Tutor legal (adjuntar aval)

ESTADO CIVIL:
- 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

*Los datos consignados en este formulario serán tomados en cuenta para la matriculación del ciclo lectivo **2027***

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)
MARCAR LO QUE CORRESPONDA /Se encuentra en PPI: SI – NO

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: .....

Colegio Santa Rosa

FICHA MÉDICA – CICLO LECTIVO 2027

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

APELLIDO Y NOMBRE:.....GRADO/AÑO ..... DOMICILIO:.....

TELÉFONO: ..... EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: .....TELÉFONO: .....

2. EXAMEN MÉDICO/ Certificado de Buena Salud

CERTIFICO QUE .....SE ENCUENTRA:

☐ Apto/a para realizar Educación Física sin restricciones.

☐ Apto/a para realizar Educación Física con recomendaciones o restricciones:.....

☐ Requiere evaluación o seguimiento médico a determinadas actividades. Detalle:.....

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)

Alergia		Hemorroides		Poliomielitis		Tos convulsa	
Asma		Hepatitis		Reumatismo		Úlcera	
Difteria		Nefritis		Rubeola		Varicela	
Epilepsia		Paperas		Sarampión		Varicocele	
Gastritis		Parasitosis		Sinusitis		Viruela	
Otras:							

➢ **Enfermedades que padece o a las que es propenso/a**

Bronquitis		Constipación		Afecciones de la nariz		Afec. del oído	
Resfríos		Vómitos		Afecciones de los ojos		Diarrea	
Desmayos		Cardiopatías		Afecciones de la voz		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: ..... Dientes: .....

Aparato circulatorio/ cardiovascular: ..... Nariz y garganta: .....

Aparato respiratorio:. ..... Aparato digestivo: ..... Otras: .....

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

BCG		Triple viral (SRP)		Triple bacteriana acelular	
Hepatitis B		Varicela		VPH	
Poliomielitis (IPV)		Triple bacteriana celular		Meningococo ACWY	

➢ **Problemas posturales:**

Escoliosis		Cifolordosis		Pie cabo		Pie Plano	
Lordosifosis		Otros (especificar)					

- ¿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

Aviso importante para las familias:

Les sugerimos sacar una fotocopia o digitalizar esta ficha médica antes de entregar el original en la institución educativa, una vez archivadas NO se entregarán copia durante el año. De esta manera, podrán conservarla disponible para presentarla en clubes, instituciones deportivas u otros organismos que la requieran

---

TALÓN PARA ARCHIVAR FICHA MÉDICA 2027 EN LEGAJO DEL ALUMNO

Alumno: ..... Curso:.....

Alérgico a: .....Dificultad: .....

Pediatra que firma: ..... Fecha: .....

Colegio Santa Rosa

CONTRATO EDUCATIVO 2027

El presente contrato mantendrá su vigencia durante el ciclo lectivo 2027, 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 2027, 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 2027

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 2027 –

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: ..... **Fima 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____.
