



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite
 SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____ CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO

¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: N°: NO

Identidad de género: Mujer Mujer trans / travesti Varón Varón trans / masculinidad trans
 No binario Otra No desea responder

Lugar de nacimiento: En Argentina En el extranjero Nacionalidad: _____

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia: Buenos Aires Otra (especificar): _____

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: Localidad: _____

DOMICILIO Calle: N°: Piso: Torre: Depto: _____

Entre calle: y calle: Otro dato: _____

Provincia: Distrito: Localidad: _____

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos: SI Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento: _____

NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? SI NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s: SI NO Otra/s lengua/s: SI NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? SI NO

¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)? SI NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicicleta Transporte escolar DGCyE Colectivo Tren Vehículo particular Taxi/Remis Otro

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social? SI NO En caso afirmativo: Obra social: N° Afiliado: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

| | SI | NO | | SI | NO |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Asma / Broncoespasmos a repetición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta o no funcionamiento de algún órgano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Celiaquía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad oncohematológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas / Condiciones cardíacas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro problema en los huesos o articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones sanguíneas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quemaduras moderadas o severas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

| | SI | NO | | SI | NO |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor fuerte en el pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar durante o después de la actividad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

| | SI | NO | ¿Cuántas veces? | Indique la/s causa/s o diagnóstico/s |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Internación en sala común | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? SI NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

| | SI | NO | ¿Requirió internación? | SI | NO | ¿Requirió internación? | SI | NO |
|--------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|---|----|
| Medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Picaduras de Insectos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Vacunas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Otras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

¿Tiene disminución auditiva? SI NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? SI NO

¿Tiene disminución visual? SI NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? SI NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? SI NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? SI NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

| | SI | NO | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Celiaquía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: _____ Sector de gestión: Estatal Privado

Nombre escuela: _____ N°: _____

A completar por el establecimiento: _____ Clave provincial: _____ CUE: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: Argentina Otro país (especificar): _____

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: Buenos Aires Otra (especificar): _____ Distrito: _____

Nivel/Modalidad: _____ Sector de gestión: Estatal Privado

Dependencia: Oficial Municipal Nacional Privada Otros organismos

Nombre escuela: _____ N°: _____

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Año: 1 2 3 4 5 6

Turno solicitado: Mañana Tarde

Jornada: Simple Extendida Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción) Ingresante al Nivel Reinscripta / Reinscripto Promovida/Promovido En Período Extendido de Enseñanza Repitente Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:**TRAYECTORIA EDUCATIVA**¿Asistió a jardín de infantes? SI, desde sala de 3 años SI, desde sala de 4 años SI, solo a sala de 5 años NO**INCLUSIÓN**¿Cursa con proyecto de inclusión? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

 Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión¿Cursa con acompañante asistente externo? SI NO**EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA**

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): SI NOCentro de Educación Física (CEF): SI NOEscuela de Educación Estética: SI NO**SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR**

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

 Comedor Desayuno y Merienda**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1**Vínculo con estudiante: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____ Nacionalidad: _____

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ NOProfesión u ocupación: _____ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? SI NOEn caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado¿Completó ese nivel? SI NO**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**

(Marcar todas las opciones que correspondan)

 Estudia Trabaja Busca trabajo Realiza tareas de cuidado no pagas Recibe jubilación o pensión**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) Teléfono celular: (cód. área: _____)

Correo electrónico: _____

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____ Nacionalidad: _____

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO

¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ NO

Profesión u ocupación: _____ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? SI NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado

¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja Busca trabajo Realiza tareas de cuidado no pagas Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) Teléfono celular: (cód. área: _____)

Correo electrónico: _____

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Tipo de doc: _____ N°: _____ Describa restricción: _____

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: _____ N° de Matriz: _____ N° de Folio: _____

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: _____

Aclaración: _____

Fecha de inscripción: _____ / _____ / _____

Firma Directora o Director: _____

CICLO LECTIVO:.....

AÑO:.....

SECCION:.....

TURNO:.....

PLANILLA DE SALUD - EDUCACIÓN FÍSICA

Autorización para la realización de Actividad Física Ciclo Lectivo

El que suscribe, padre tutor o encargado, toma conciencia y autoriza a hijo/a ALUMNO:, DNI..... del colegio del sol de Monte Grande, que cursa grado, turnoa realizar Educación Física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.y a concurrir al Campo de Deportes Unión Vecinal "Las Palmeras" - ubicado en Tte Gheresi n° 45 en tre Alem y Las Heras. Mte Gde

Marcar con una donde corresponda si su hijo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o lesiones en los períodos que indica el cuestionario.

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? (Diabetes, Metabólicas, Cardiopatías infecciosas, Cardiopatías congénitas, Hernias inguinales, etc.)

SI: NO: Cuál?.....

¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos?

SI: NO: Cuál?.....

¿Presenta alguna limitación física?

SI: NO: Cuál?.....

¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

SI: NO: Motivo

¿Tiene algún tipo de alergia?

SI: NO: Cuál?.....

En caso afirmativo, describa como se manifiesta.....

Ha padecido en fechas recientes: Hepatitis (60 días), Sarampión (30 días), Mononucleosis infecciosas (30 días)

SI: NO: ¿Cuál?.....

¿Tiene la vacuna antitetánica?

SI: NO: Fecha en que se la aplicó

¿En caso de accidente autoriza a trasladar al niño al centro asistencial más cercano?

SI: NO: Avisar al familiar: Nombre y Apellido.....

Dirección:.....Teléfono:.....

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems del cuestionario, deberá presentar conjuntamente con este cuestionario el certificado médico que indique si puede o no realizar Educación física.

LUGAR Y FECHA.....

FIRMA Y ACLARACION DEL PADRE O TUTOR.....

DECLARACIÓN DE PERSONAS AUTORIZADAS AL RETIRO DEL ALUMNO

Yo TATIANA GISELLE MENDEZ con DNI 37385484 y yo EDISON ANTONIO PEREZ con DNI 34090838 declaro ser responsable del ingreso como así también del egreso del establecimiento del alumno MENDEZ VALENTINO LUIS 52662251 quien ingresa para el ciclo lectivo 2023 según los horarios establecidos en la institución.

En caso de demoras el personal del colegio podrá comunicarse a los siguientes teléfonos.

| Apellido y Nombre | Celular |
|-------------------|------------|
| teléfono 1 | 21349572 |
| TATIANA GISELLE | 1133979472 |
| EDISON ANTONIO | 1169566877 |

En caso de no poder concurrir al retiro del alumno, se autoriza expresamente a tal fin a las siguientes personas mayores de edad.

| Apellido y Nombre | | | | Parentesco | Celular |
|-------------------|-------------|-----|----------|----------------|------------|
| CASCO | MARIA LUJAN | dni | 20312769 | ABUELA MATERNA | 1133856214 |
| MENDEZ | DEBORA | dni | 32709055 | TIA MATERNA | 1169594805 |

dni

ACLARATORIA: ninguna de las personas autorizadas en el presente acto podrá efectuar el retiro sin presentar la documentación que acredite su identidad.

Firma autorizada