



**DATOS DEL ESTUDIANTE**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

CUIL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO/CELULAR: \_\_\_\_\_

EMAIL DE CONTACTO (obligatorio): \_\_\_\_\_

ESCUELA PRIMARIA DE LA QUE PROVIENE: \_\_\_\_\_

**EL ESTUDIANTE SE INSCRIBE EN...**

**PRIMER AÑO DEL CICLO LECTIVO:** \_\_\_\_\_

CON PASE DE LA ESC (solamente en caso de pase): \_\_\_\_\_

Firma madre/padre/responsable legal

ABONA : \$ \_\_\_\_\_

ADEUDA : \$ \_\_\_\_\_

**SEGUNDO AÑO DEL CICLO LECTIVO:** \_\_\_\_\_

CON PASE DE LA ESC (solamente en caso de pase): \_\_\_\_\_

MATERIAS ADEUDADAS DE AÑOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

Firma madre/padre/responsable legal

ABONA : \$ \_\_\_\_\_

ADEUDA : \$ \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PRECEPTOR

**TERCER AÑO DEL CICLO LECTIVO:** \_\_\_\_\_

CON PASE DE LA ESC (solamente en caso de pase): \_\_\_\_\_

MATERIAS ADEUDADAS DE AÑOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

**ELECCIÓN DE BACHILLER**

(ENUMERAR DEL 1 AL 3, SIENDO 1 MAYOR PRIORIDAD Y 3 MENOR)

CS. NATURALES ☐

EDUCACIÓN ☐

ECONOMÍA ☐

Firma madre/padre/responsable legal

ABONA : \$ \_\_\_\_\_

ADEUDA : \$ \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PRECEPTOR

**CUARTO AÑO DEL CICLO LECTIVO:** \_\_\_\_\_

CON PASE DE LA ESC (solamente en caso de pase): \_\_\_\_\_

MATERIAS ADEUDADAS DE AÑOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

Firma madre/padre/responsable legal

ABONA : \$ \_\_\_\_\_

ADEUDA : \$ \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PRECEPTOR



FICHA DE INSCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES

QUINTO AÑO DEL CICLO LECTIVO:

CON PASE DE LA ESC (solamente en caso de pase):

MATERIAS ADEUDADAS DE AÑOS ANTERIORES:

Firma madre/padre/responsable legal

ABONA : \$

ADEUDA : \$

FIRMA DEL PRECEPTOR

PERMANECE EN:

CURSA EN EL CICLO LECTIVO:

MATERIAS ADEUDADAS DE AÑOS ANTERIORES:

Firma madre/padre/responsable legal

ABONA : \$

ADEUDA : \$

FIRMA DEL PRECEPTOR

DATOS DE LA MADRE/ RESPONSABLE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE:

CUIL:

NACIONALIDAD:

TELÉFONO CELULAR:

ACTUALIZACIÓN DE N° CELULAR:

ESCOLARIDAD: (escribir COMPLETA o INCOMPLETA)

\* PRIMARIA :

\* SECUNDARIA:

\* TERCIARIA/UNIVERSITARIA:

EMAIL DE CONTACTO (*obligatorio*) :

LUGAR DE TRABAJO:

TELÉFONO:

OCUPACIÓN:

DATOS DEL PADRE / RESPONSABLE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE:

CUIL:

NACIONALIDAD:

TELÉFONO CELULAR:

ACTUALIZACIÓN DE N° CELULAR:

ESCOLARIDAD: (escribir COMPLETA o INCOMPLETA)

\* PRIMARIA :

\* SECUNDARIA:

\* TERCIARIA/UNIVERSITARIA:

EMAIL DE CONTACTO (*obligatorio*) :

LUGAR DE TRABAJO:

TELÉFONO:

OCUPACIÓN:

OBSERVACIONES

¿EXISTE RESTRICCIÓN LEGAL?

SI

☐

NO

☐

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

VÍNCULO:

Si la situación del estudiante cambia informar al preceptor/a (en caso de responder SI, presentar dictamen judicial o el caso de existir otra situación particular pedir entrevista al SOE)



**AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMAGEN PRIMER AÑO**

Autorizo SI ☐ No ☐ el uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_, con D.N.I.: \_\_\_\_\_ para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, incluyendo internet (redes sociales), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces ustedes estimen necesario y/o conveniente para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades y proyectos escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre/responsable legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

Gral. San Martín, Mendoza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMAGEN SEGUNDO AÑO**

Autorizo SI ☐ No ☐ el uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_, con D.N.I.: \_\_\_\_\_ para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, incluyendo internet (redes sociales), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces ustedes estimen necesario y/o conveniente para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades y proyectos escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre/responsable legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

Gral. San Martín, Mendoza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMAGEN TERCER AÑO**

Autorizo SI ☐ No ☐ el uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_, con D.N.I.: \_\_\_\_\_ para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, incluyendo internet (redes sociales), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces ustedes estimen necesario y/o conveniente para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades y proyectos escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre/responsable legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

Gral. San Martín, Mendoza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_



#### AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMAGEN CUARTO AÑO

Autorizo SI ☐ No ☐ el uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_, con D.N.I.: \_\_\_\_\_ para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, incluyendo internet (redes sociales), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces ustedes estimen necesario y/o conveniente para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades y proyectos escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre/responsable legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

Gral. San Martín, Mendoza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_

#### AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMAGEN QUINTO AÑO

Autorizo SI ☐ No ☐ el uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_, con D.N.I.: \_\_\_\_\_ para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, incluyendo internet (redes sociales), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces ustedes estimen necesario y/o conveniente para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades y proyectos escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre/responsable legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

Gral. San Martín, Mendoza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_

#### AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMAGEN (PERMANENCIA)

Autorizo SI ☐ No ☐ el uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a de \_\_\_\_ año, siendo menor de edad \_\_\_\_\_, con D.N.I.: \_\_\_\_\_ para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, incluyendo internet (redes sociales), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces ustedes estimen necesario y/o conveniente para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades y proyectos escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma madre/padre/responsable legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

Gral. San Martín, Mendoza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_



RESOLUCIÓN N° 1000/12 JUN 2017

## FICHA DE SALUD

**APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **DNI N°** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO FIJO:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO CELULAR:** \_\_\_\_\_ **OBRA SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **AFILIADO N°:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **DNI N°:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **DNI N°:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_  
**RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **DNI N°:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO O CELULAR DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "SI" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

**En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma.**

La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

Antecedentes General y Condiciones de Salud	1ER AÑO		2DO AÑO		3ER AÑO		4TO AÑO		5TO AÑO		PERMANENCIA	
	ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA		ENCIERRA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	
Proceso Inflamatorios	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Diabetes	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Afección cardíaca	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Asma	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermedades del Sistema Nervioso	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alergias	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Celiaquía	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Trastornos de Alimentación (Bulimia/Anorexia)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sonambulismo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Paperas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tos Convulsa	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sarampión	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Mononucleosis infecciosa	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumatismos: fracturas, esguinces, luxaciones, otros.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Operaciones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Prótesis	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Marcapasos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Anafilaxis	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tratamiento Oncológico	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Condición de embarazo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tratamiento con medicación: <i>EN CASO DE SI COMPLETAR EL CUADRO DE ABAJO CORRESPONDIENTE</i>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

1ER AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____	2DO AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____
3ER AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____	4TO AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____
5TO AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____	____ AÑO CL:20__	Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Médico para llamar por urgencias (si corresponde): _____

1ER AÑO	2DO AÑO	3ER AÑO
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI
4TO AÑO	5TO AÑO	____ AÑO
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI	Firma de Padre o Madre o Responsable Legal Aclaración y DNI