

Santiago del Estero, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por la presente me dirijo a la Directora de la Escuela San Vicente con el fin de solicitar inscriba a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
y domicilio en calle \_\_\_\_\_ del barrio \_\_\_\_\_  
en \_\_\_\_\_ Grado de la **Escuela San Vicente**.

Sin otro particular y comprometiéndome a cumplir con el **Código de Convivencia**, saludo a Usted atentamente.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre o Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

### **DATOS DE LOS PADRES**

Apellido y Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Vive con el niño/a? \_\_\_\_\_ Domicilio del Padre: \_\_\_\_\_ Vive con el niño/a? \_\_\_\_\_ Domicilio de la Madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿ Su hijo es beneficiario de la Asignación Universal por Hijo ? SI NO

**Grado de escolaridad del Padre**

Primario Completo	SI	NO
Secundario Completo	SI	NO
Terci/Univ. Completo	SI	NO

**Grado de escolaridad de la Madre**

Primario Completo	SI	NO
Secundario Completo	SI	NO
Terci/Univ. Completo	SI	NO

\* En el caso de que ni el Padre, ni la madre sean los tutores, aclarar quien será, completando la siguiente información:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

### **FICHA MEDICA**

Obra Social o Servicio de Emergencia Asociado: \_\_\_\_\_

Número de afiliado: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el centro de salud al que Ud. Lleva a su hijo en caso de urgencia?

\_\_\_\_\_ ¿Alguna vez fue intervenido quirúrgicamente? \_\_\_\_\_ ¿de que?

\_\_\_\_\_ ¿Es alérgico a algo? \_\_\_\_\_ ¿A que? \_\_\_\_\_

¿ Su hijo toma algún medicamento en forma constante, es decir bajo tratamiento médico? \_\_\_\_\_ ¿ cuál? \_\_\_\_\_

\* Señale con una cruz las enfermedades que padeció su hijo:

SARAMPION	ESCARLATINA	F. HEMORRÁGICAS	COQUELUCHE
VARICELA	PAPERAS	CONVULSIONES	PROB. CARDIACOS
EPILEPSIA	RUBÉOLA	HEPATITIS	PIE PLANO

\* Encierre la opción correcta

¿ Cómo fue el parto? Normal o Cesarea. \_\_\_\_\_ ¿ Fue a Terminó? SI NO

**Recomendaciones especiales:** \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo/a a la realización de suturas y asistencia médica en caso de urgencias ☐ SI ☐ NO (tachar lo que no corresponde).

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre y/o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración de la Firma*

### **GRUPO FAMILIAR**

¿ Cuántas personas viven en total con el niño? \_\_\_\_\_ ¿ Cuántos hermanos tiene el niño? \_\_\_\_\_ ¿Algún miembro del grupo familiar posee alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_ ¿ Quien? \_\_\_\_\_ ¿ Qué enfermedad Padece? \_\_\_\_\_

**Detalle de que material esta realizada su vivienda:**

Techo \_\_\_\_\_ Paredes \_\_\_\_\_ Cuantas habitaciones tiene la vivienda \_\_\_\_\_

Cuántas utilizan como dormitorio \_\_\_\_\_ Su hijo/a comparte el dormitorio con los padres \_\_\_\_\_

**Desea realizar alguna recomendación importante sobre su hijo/a:** \_\_\_\_\_

Al inscribir a mi hijo/a **ME COMPROMETO A CUMPLIR EL CÓDIGO DE CONVIVENCIA DE LA INSTITUCIÓN** expresado en el Cuaderno de Comunicaciones.