

FOTO

Datos del Alumno/a:

- Apellido:.....
- Nombres:.....
- Fecha de Nacimiento: / / Lugar de Nacimiento:
- Nacionalidad: Edad (al 30/06):.....
- Documento Tipo y N°:.....
- Domicilio: calle N° e/ Piso Dpto.
- Torre Localidad: C.P:.....
- Tel. Particular: Tel. Celular:.....
- Es alérgico a: Grupo y factor sanguíneo:.....
- Si tiene hermanos en el establecimiento indicar:
Apellido y Nombre:..... Sección y Turno:.....

Datos de los Padres y/o Tutores:

- Correo electrónico del responsable del menor:

■ Madre / Tutora:

Apellido y Nombres:.....
Domicilio:.....
Nacionalidad: Ocupación:.....
Lugar de trabajo: Horario laboral:.....
Domicilio laboral: Tel. Laboral:.....
Tel. Particular: Tel. Celular:.....

■ Padre / Tutor:

Apellido y Nombre:.....
Domicilio:.....
Nacionalidad: Ocupación:.....
Lugar de trabajo: Horario laboral:.....
Domicilio laboral: Tel. Laboral:.....
Tel. Particular: Tel. Celular:.....

Toma Medicamentos: Si No ¿Cuál?.....

Obra Social:..... **Nro.:**.....

Personas autorizadas para retirar al alumno/a

Autorizo a los siguientes adultos a retirar del establecimiento

Apellido y Nombre	DNI	Vínculo	Nº de teléfono

Autorización de traslado médico:

Autorizo a mi hijo/a:.....

de..... año..... turno..... en caso de urgencia ser trasladado a (marque con una cruz):

Hospital de Niños Clínica del niño Otro (especificar):.....

Otros datos de interés

.....

.....

La Plata de de 20.....

Firma, Aclaración y DNI
ALUMNO

Firma, Aclaración y DNI
MADRE / RESPONSABLE

Firma, Aclaración y DNI
PADRE / RESPONSABLE