

**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	N° 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