

Escuela Secundaria Orientada

Turno Vespertino

FICHA DEL ESTUDIANTE
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIRECCIÓN REAL. CALLE: N°

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIRECCIÓN REAL. CALLE: N°

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIRECCIÓN REAL. CALLE: N°

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

AUTORIZACIÓN DE RETIRO ANTICIPADO

Autorizo solamente a las siguientes personas a retirar a mi hijo:

Nombre de la persona	Relación con el alumno	D.N.I

De producirse algún cambio debe ser comunicado por escrito

	Madre	Padre
Firma		
Aclaración		
D.N.I		

EMERGENCIA MÉDICA

Teléfonos alternativos	Nombre de la persona	Relación con el alumno

Obra Social/ Prepaga: _____ Numero de
afiliado/a: _____

Lugar para trasladar (Debe ser el lugar más cercano al Colegio previsto por la Obra Social/Prepaga):

(El alumno será trasladado al lugar sugerido por la familia a menos que el servicio médico de urgencia contratado por la institución, determine la conveniencia de otro lugar adecuado para el tipo de emergencia) Conforme la normativa vigente se encuentra prohibido la prescripción y/o suministro de medicamentos por parte de los docentes, debiendo ocuparse de tal cuestión las familias y/o responsables de los alumnos. Como excepción en casos de fiebre alta a requerimiento de la familia podrá suministrarse algunos de los medicamentos indicados más abajo previa autorización de la misma. El suministro de medicamento estará a cargo exclusivamente de la Clínica Médica del Colegio. En caso de tener mi hijo/a fiebre alta SI – NO (tachar lo que no corresponde) AUTORIZO a la Clínica Médica del Colegio (médico/a y/o enfermero/a) a suministrar este medicamento:

IBUPROFENO / PARACETAMOL / ASPIRINETA / ASPIRINA

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMAGEN

Estimadas Familias:

Durante el ciclo lectivo el Colegio Ward realiza fotografías y /o videos con el fin de obtener un registro visual y/o auditivo de sus actividades. Algunas de las mismas son utilizadas con fines de difusión y/o publicidad a través de distintos medios institucionales del Colegio, tales como: sitio WEB (www.ward.edu.ar), Boletín electrónico, Revista Net Ward y otras presentaciones, y en su caso por otros medios de mayor difusión, externos al Colegio, como redes sociales, medios escritos, radiales y/o visuales.

Les solicitamos tengan a bien responder a la brevedad si autoriza a que su hijo/a figure en los medios mencionados. Para ello deberá completar el talón adjunto. Desde ya la autorización no implica necesariamente que todas las fotografías tomadas serán utilizadas.

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE REFLEJE SU DECISIÓN

Autorizo al Colegio Ward a utilizar, por tiempo indeterminado, y en forma gratuita, con fines de comunicación institucional y/o publicidad, fotografías y/o videos, individuales y/o grupales, en los términos arriba indicados, del/la alumno/a _____

Curso: _____ Sección _____ Nivel Secundario.

SI NO

FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

ACLARACIÓN

/ /

FECHA

FICHA MÈDICA

DATOS DEL ALUMNO/A:

Apellido y nombre: _____

Nivel: _____ Curso: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Edad: Grupo Sanguíneo: A B 0 FACTOR RH + - Peso: Talla: _____

Domicilio: Tel. Part. _____ Madre/Padre Celular: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

NACIO DE PARTO NORMAL SI / NO

En caso de contestar NO detallar el problema

VACUNACIONES

B.C.G. SI / NO

TRIPLE SI / NO

ANTISARAMPIONOSA SI / NO

DOBLE SI / NO

REFUERZO ANTITETANICA SI / NO

OTROS: _____

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPION SI / NO

VARICELA SI / NO

RUBEOLA SI / NO

ESCARLATINA SI / NO

COQUELUCHE (Tos convulsa) SI / NO

PAROTIDITIS (Paperas) SI / NO

Otras

DIABETES SI / NO

Tipo y medicación _____

HEPATITIS SI / NO

Tipo: _____

• CARDIOPATIAS:

Tipo: _____

MIGRAÑAS/CEFALEAS:

USA MEDICACION: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS SI / NO

En caso de contestar SI detallar

DERMOPATIAS SI / NO

En caso de contestar SI detallar

TRAUMATISMOS DE CRANEO:

Con pérdida de conocimiento SI / NO

EPILEPSIA/CONVULSIONES:

En caso de contestar SI detallar

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

LESIONES DEPORTIVAS: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

OFTALMOLOGIA:

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

ODONTOLOGIA:

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

FONOAUDIOLOGIA:

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

EN CASO DE FIEBRE AUTORIZO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

MEDICACION DE USO HABITUAL: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

EN CASO DE EMERGENCIA:

OBRA SOCIAL/ PREPAGA:..... N° DE AFILIADO

EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES, SE AUTORIZA EL TRASLADO A:

.....
.....

EL QUE SUSCRIBE PADRE / MADRE/ TUTOR DEL ALUMNO/A

QUE CURSA, TOMA CONOCIMIENTO Y COMPLETA EL PRESENTE FORMULARIO
CON CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y AUTORIZA PARA QUE SU HIJO/A REALICE
ACTIVIDAD FISICA DE ACUERDO CON SU EDAD Y SEXO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS
CURRICURALES VIGENTES POR LA RESOLUCION N° 12956/97 DE LA DIRECCION GENERAL DE
CULTURA Y ESCUELAS Y LA LEY N° 14556/14 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

CUANDO SOBREVENGA UNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONAS U OTRA EN PARTICULAR, ME
COMPROMETO A INFORMAR AL ESTABLECIMIENTO BAJO CERTIFICADO MEDICO LA
IMPOSIBILIDAD PARCIAL O TOTAL PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.

DATOS DEL PADRE, MADRE /TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDO:DNI:

TEL:..... CEL:.....

NOMBRE Y APELLIDO:DNI:

TEL:..... CEL:

LUGAR Y FECHA:.....

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACION: