



CONTRATO DE SERVICIO EDUCATIVO 2027

Entre el Jardín Nueva Esperanza, 2027, en adelante el establecimiento educativo por una parte y el abajo firmante, cuyos datos constan al pie, en adelante el progenitor/ tutor legal; acuerdan celebrar el presente contrato de enseñanza, el que se registrará por las siguientes cláusulas:

1. EL progenitor/Tutor Legal contrata para el ciclo lectivo 2027 los servicios educativos que brinda el Establecimiento Educativo Nueva Esperanza para el/la alumna/o cuyo nombre, DNI, curso y sección figuran al pie.
2. El progenitor/ Tutor Legal declara conocer, aceptar, cumplir y hacer cumplir los reglamentos internos, acuerdos de convivencia, y demás disposiciones emanadas del Establecimiento Educativo.
3. El Establecimiento Educativo se obliga a impartir al alumno/a la enseñanza correspondiente al nivel, modalidad, año, y división según los planes oficiales, como así también la enseñanza extra programática.
4. **Reserva de vacante.** Para conservar la vacante en el período lectivo correspondiente al año 2027 será requisito indispensable abonar la Reserva de Vacante. El valor abonado en concepto de Reserva de Vacante podrá ser devuelto a solicitud fundada de la familia hasta el 30 de diciembre.
5. **Matrícula.** El importe abonado en concepto de reserva de vacante será tomado a cuenta de Matrícula 2027. Esta se efectivizará como Matrícula si al momento de iniciarse el ciclo lectivo se reúnen los requisitos y documentación exigidos por la autoridad de aplicación y por el reglamento interno del Establecimiento Educativo. El pago de la Reserva de Vacante no tendrá validez si se mantiene deuda del año anterior. En este caso, la suma abonada en dicho concepto se imputará a la deuda existente. En dicho caso se perderá la vacante y la misma podrá asignarse a otro/a aspirante.
6. **ARANCEL.** Por el servicio educativo a brindar se percibirá un arancel anual que será abonado en un total de 10 cuotas mensuales y consecutivas de marzo a diciembre, hasta los días 10 de cada mes. Se abonará una cuota en concepto de mantenimiento del servicio educativo cuyo importe equivale a una cuota mensual prorrateada en diez cuotas que se abonarán con el arancel mensual. Las cuotas mensuales correspondientes podrán sufrir alteraciones en función de los incrementos que se produzcan en la estructura de costos y/o mayores salarios, mayores cargas impositivas o de otra índole, siempre con los límites que pudieran fijar las autoridades nacionales y/o provinciales según resulte de aplicación. Los aranceles abonados por cualquier concepto no se reintegran.
7. La mora en el pago se producirá en forma automática por el simple vencimiento de los plazos estipulado. Por lo tanto, las cuotas abonadas pasado dicho plazo tendrán el recargo por mora, de acuerdo al interés resarcitorio que cobra ARCA, según lo establecido por la Resol.34/17 y sus modificatorias.
8. Los aranceles podrán ser abonados en el Establecimiento o con los siguientes medios de pago, Mercado Pago, con todos los bancos, tarjetas de crédito o débito. En efectivo, en banco Galicia o transferencia bancaria en Banco Galicia. Queda a cargo de quien hizo el pago su acreditación ante el Establecimiento Educativo.
9. EL Colegio se reserva el derecho de modificar los aranceles (arancel curricular, arancel extracurricular, matrícula, mantenimiento, otros conceptos), de acuerdo a los incrementos que se produzcan tanto en la estructura de costos, como por la imposición de impuestos sobre la actividad educativa, previa autorización de las autoridades jurisdiccionales. Asimismo el Colegio se reserva el derecho de incluir cuotas complementarias a las informadas, con la previa autorización de la autoridad competente.
10. El servicio Educativo es indivisible y anual, por lo que los aranceles fijados por los servicios prestados son estimados teniendo en cuenta el receso escolar, feriados, etc. Por este mismo motivo, es que en caso de inasistencia por cualquier índole, se deberá abonar igualmente el arancel mensual correspondiente.
11. El costo de las salidas educativas, útiles escolares, campamentos, etc. no se encuentran contempladas en el arancel.
12. Con respecto a la **Rescisión del Contrato** el Progenitor/Tutor legal deberá comunicar por escrito la voluntad de rescisión del presente contrato y los motivos del mismo. En caso de no dar aviso fehaciente continuará corriendo el arancel mensual hasta que se haga efectiva dicha notificación. El Establecimiento Educativo podrá rescindir el presente contrato o decidir la no re matriculación para el ciclo lectivo siguiente, debiendo comunicarlo al Progenitor/ Tutor Legal en tiempo y forma.
13. El reglamento interno, las Normas de convivencia y los Acuerdos Institucionales de Convivencia forman parte indivisible de este contrato.
14. Notificación de domicilio: el Progenitor/Tutor legal fija domicilio en aquel denunciado en la planilla de inscripción, donde se tomarán por válidas todas las notificaciones extraordinarias. Se podrán realizar también notificaciones por medio del cuaderno de comunicados del alumno/a. El Establecimiento Nueva Esperanza fija su domicilio en.....
15. Todas las familias deberán firmar y entregar las autorizaciones referidas a retiro de alumnos, traslado en caso de emergencias, evacuación, fotografías y salidas didácticas, las cuales quedarán a resguardo en la dirección y que se detallarán en el cuaderno de comunicados. en relación al retiro de los alumnos al finalizar la jornada escolar, los mismos podrán ser retirados por sus padres y por los adultos autorizados y de cuyos datos hayan sido consignados en la ficha de datos suscripta oportunamente. si el niño/a tuviera que ser ocasionalmente retirado por personas que no sean las autorizadas, los padres o responsables deberán informar con anticipación y por medio del cuaderno de comunicados. el personal del establecimiento solicitará al autorizado el documento nacional de identidad a fin de acreditar sus datos personales. por razones de seguridad no se autorizará la entrega del alumno a ninguna persona menor de 18 años, sin excepción alguna. no se admitirán bajo ningún concepto autorizaciones de retiro realizadas en forma telefónica. para el caso de que fuera necesario el retiro del alumno dentro del horario de clases, el adulto responsable hará saber tal situación a través del cuaderno de comunicados o telefónicamente, y al llegar firmará el libro de actas destinado a tal efecto.
16. Si existieran prohibiciones expresas por orden judicial, se deberá entregar inmediatamente en la administración del establecimiento copia de dicha medida judicial suscripta por juez competente.
17. El establecimiento educativo podrá rescindir el presente contrato o decidir la no re matriculación para el ciclo lectivo siguiente debiendo comunicarlo al progenitor/ tutor en tiempo y forma.

Me notifico, tomo conocimiento y presto conformidad al presente CONTRATO EDUCATIVO. La caducidad en el pago de una de las cuotas generará el cobro ejecutivo de lo adeudado. Recibo copia del mismo.

ALUMNO/A APELLIDO Y NOMBRE

DNI

NIVEL

CURSO

FIRMA DEL PROGENITOR/TUTOR LEGAL

ACLARACIÓN DE FIRMA

N° DE DNI

AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN

Lugar.....

Fecha.....

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Documento Tipo..... Número.....

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE.....

Documento Tipo..... Número.....

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

AUTORIZACIONES 2027



APELLIDO Y NOMBRES:

SALA:..... SECCIÓN:..... TURNO:.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

ÚNICAS PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TEL.PARTICULAR	TEL.CELULAR	PARENTESCO
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

EN CASO DE SER RETIRADOS POR MICRO/COMBI

NOMBRE DE QUIEN RETIRA	EMPRESA	DIRECCIÓN	TEL.PARTICULAR	TEL.CELULAR	DOCUMENTO
.....					
.....					

FIRMA DEL PADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

FIRMA DE LA MADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

Llenar en caso de ser necesario

FIRMA DEL TUTOR:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

COPIA ESTABLECIMIENTO



AUTORIZACIONES 2027

APELLIDO Y NOMBRES DEL ALUMNO:

SALA: SECCIÓN:..... TURNO:

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR:

ÚNICAS PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TEL.PARTICULAR	TEL.CELULAR	PARENTESCO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

EN CASO DE SER RETIRADOS POR MICRO/COMBI/REMIS

NOMBRE DE QUIEN RETIRA	EMPRESA	DIRECCIÓN	TEL.PARTICULAR	TEL.CELULAR	DOCUMENTO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FIRMA DEL PADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

FIRMA DE LA MADRE:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

Llenar en caso de ser necesario

FIRMA DEL TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD:

ACLARACIÓN:

DOCUMENTO:

TEL.PARTICULAR:

TEL.CELULAR:

AUTORIZACIÓN PARA SACAR FOTOGRAFÍAS Y FILMAR



MERLO,.....de..... de 2027

AL PERSONAL DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA"

EL/LA QUE SUSCRIBE MADRE/PADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA

POTESTAD DEL NIÑO/A.....ALUMNO/A DE SALA..... ,

SECCIÓN.....DEL TURNO..... .

Completar el cuadro con SI o NO

☐ AUTORIZO AL MISMO/A A TOMARLE MUESTRAS FOTOGRÁFICAS Y/O FILMACIONES, DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL COLEGIO, ENCUADRADAS LAS MISMAS EN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, POR EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO PARA SER PUBLICADAS EN REVISTAS Y/O DIARIOS, PÁGINAS WEB, BOLETÍN INFORMATIVO, MURALES, FACEBOOK O CARTELERAS DEL JARDÍN.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:

D.N.I:

D.N.I:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO EN CASO DE URGENCIA



MERLO,..... de..... de 2027

AL PERSONAL DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA"

EL/LA QUE SUSCRIBE MADRE/PADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA

POTESTAD DEL NIÑO/A.....ALUMNO/A DE SALA.....

SECCIÓN..... DEL TURNO.....

Completar el cuadro con SI o NO

☐ ACEPTA LA COBERTURA DE EMERGENCIAS MÉDICAS OTORGADA POR EL ESTABLECIMIENTO.

FIRMA DE LA PADRE/ TUTOR:.....

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:.....

ACLARACIÓN:

D.N.I:.....

D.N.I:

AUTORIZACIÓN PARA EVACUACIÓN DEL EDIFICIO ESCOLAR



MERLO,..... de..... de 2027

LOS ABAJO FIRMANTES, EN CONCEPTO DE PADRES y/o TUTORES, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD, DEL NIÑO/A..... D.N.I..... QUE CONCURRE A SALA..... SECCIÓN..... DEL TURNO DEL COLEGIO "NUEVA ESPERANZA", LO AUTORIZAMOS A SER TRASLADADO/A A LA PLAZA "BICENTENARIO" UBICADA EN LA AVENIDA BICENTENARIO ENTRE PERÚ Y BOLIVAR, O LA ESQUINA DE AV. BICENTENARIO Y BOLIVAR, SEGÚN LA GRAVEDAD DEL SINIESTRO (INCENDIO, AMENAZA, INUNDACIÓN O CATÁSTROFE), QUE PUDIERA OCASIONARSE DURANTE EL HORARIO ESCOLAR EN LA INSTITUCIÓN A LO LARGO DEL PRESENTE CICLO LECTIVO 2027. CABE MENCIONAR QUE LOS NIÑOS/ÑAS SERÁN CONTINUAMENTE ACOMPAÑADOS POR EL PERSONAL DIRECTIVO, DOCENTE, ADMINISTRATIVO Y AUXILIAR QUE TRABAJA EN DICHO ESTABLECIMIENTO.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD:.....

ACLARACIÓN:

D.N.I:

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR, TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD:.....

ACLARACIÓN:

D.N.I:

DOCUMENTO ESCOLAR

FICHA DE APTITUD FÍSICA- CURSO ESCOLAR 2027



APELLIDO DEL ALUMNO:.....NOMBRES:.....

NIVEL INICIAL

SALA:.....SECCIÓN:.....

TELÉFONO:.....DNI:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

INFORMACIÓN DE SALUD

¿RECIBE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? (SI/NO) ¿CUÁL?.....

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? (SI/NO) ¿CUÁL?.....

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? (SI/NO). EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL ES LA CAUSA Y DESCRIBA

CUÁLES SON SUS MANIFESTACIONES.....

¿PADECE ALGÚN TRASTORNO CRÓNICO? (SI/NO) ¿CUÁL?.....

¿ALGUNA INDICACIÓN ESPECÍFICA PARA LAS ACTIVIDADES FÍSICA?.....

ESPECÍFICAR ÚLTIMA FECHA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA.....

ANTECEDENTES PERSONALES (ENCERRAR EN UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA)

DIABETES	SI	NO	
CONVULSIONES	SI	NO	
ASMA	SI	NO	
EPILEPSIA	SI	NO	
AFECCIONES CARDIOPULMONARES	SI	NO	
HERNIAS	SI	NO	¿DÓNDE?
HEPATITIS	SI	NO	
FRACTURAS, ESGUINCES,LUXACIONES	SI	NO	¿DÓNDE Y CUÁNDO?
OTRAS	SI	NO	¿CUÁLES?
¿TOMA REMEDIOS?	SI	NO	¿CUÁL?

SE ENTREGARÁ CERTIFICADO BUCODENTAL Y OFTALMOLÓGICO. FECHA LÍMITE: 31/3

HABIENDO CERTIFICADO QUE MI HIJO/A QUE CONCURRE A LA,

SECCIÓN, SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EN VIRTUD DE LA REVISACIÓN

MÉDICA EFECTUADA, LO/LA AUTORIZO PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES Y CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA.

ASIMISMO ME HAGO RESPONSABLE DEL CONTROL PERIÓDICO DE SALUD Y NOTIFICARÉ A LA ESCUELA CUALQUIER ANOMALÍA QUE SE PRESENTE, ENTREGANDO LOS CERTIFICADOS MÉDICOS QUE ASÍ LO ACREDITEN. IMPORTANTE ADJUNTAR A LA FICHA DE APTITUD FÍSICA LA FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL Y FOTOCOPIA DE LAS VACUNAS.

ME NOTIFICO Y COMPROMETO A CUMPLIR LO SOLICITADO

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:.....

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:.....

D.N.I:

D.N.I:



MERLO..... DE.....2027

AUTORIZACIÓN SOBRE EL CAMBIADO DE LOS NIÑOS

LA HIGIENE Y EL CAMBIADO DE ROPA DE LOS ALUMNOS ES UNA PRÁCTICA HABITUAL Y NATURAL DENTRO DEL NIVEL INICIAL. PAULATINAMENTE SE TRATARÁ QUE CADA NIÑO SE MANEJE CON CRECIENTE AUTONOMÍA, INCLUYENDO LO QUE RESPECTA A LA HIGIENE PERSONAL, SIEMPRE BAJO LA MIRADA Y ATENCIÓN DE UN DOCENTE, HASTA QUE EL NIÑO LO LOGRE Y EN CASO DE SER NECESARIA LA COLABORACIÓN DE UN ADULTO, EL PERSONAL DOCENTE PROCEDERÁ A CAMBIAR DE ROPA AL NIÑO POR MOJARSE O NO CONTROLAR ESFÍNTERES. LAS FAMILIAS DEBEN CONTRIBUIR MANTENIENDO COMPLETA Y ACTUALIZADA (POR EL CAMBIO DE ESTACIÓN) LA MUDA DE ROPA QUE ES SOLICITADA POR LOS DOCENTES. LA MISMA SE ENCONTRARÁ EN LA MOCHILA DEL ALUMNO.

Completar el cuadro con SI o NO

☐ AUTORIZO A LOS DOCENTES DE NIVEL INICIAL DEL JARDÍN "NUEVA ESPERANZA" A CAMBIAR

A MI HIJO/A.....

D.N.I.....SALA.....TURNO.....

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:

FIRMA DE LA MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:

D.N.I:

D.N.I:

COMPLETAR Y ENTREGAR AL DOCENTE



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino?

☐ SI, y tiene el DNI físico

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite

☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?

☐ SI

☐ NO

¿Posee documento extranjero?

☐ SI, tipo de doc.: N°:

☐ NO

Identidad de género:

☐ Mujer

☐ Mujer trans / travesti

☐ Varón

☐ Varón trans / masculinidad trans

☐ No binario

☐ Otra

☐ No desea responder

Lugar de nacimiento:

☐ En Argentina

☐ En el extranjero

Nacionalidad:

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:

☐ Buenos Aires

☐ Otra (especificar):

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:Localidad:

DOMICILIO

Calle:N°:Piso:Torre:Depto:

Entre calle:y calle:Otro dato:

Provincia:Distrito:Localidad:

Teléfono: (cód. área:)Teléfono celular: (cód. área:)

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:

☐ SI

 Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:

☐ NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:

☐ SI

☐ NO

Otra/s lengua/s:

☐ SI

☐ NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?

☐ SI

☐ NO

¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?

☐ SI

☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta

☐ Transporte escolar DGCyE

☐ Colectivo

☐ Tren

☐ Vehículo particular

☐ Taxi/Remis

☐ Otro

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?

☐ SI

☐ NO

 En caso afirmativo: Obra social:N° Afiliado:

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Nombre escuela: Nº:

A completar por el establecimiento: Clave provincial: CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar): Distrito:

Nivel/Modalidad: Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos

Nombre escuela: Nº:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en (edad al 30/06 del año lectivo de inscripción):

☐ 45 días a 1 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)☐ Ingresante al Nivel ☐ Regular ☐ Reinscripta / Reinscripto**TRAYECTORIA EDUCATIVA**Solo para estudiantes de 3 a 5 años de edad: ¿Asistió a Jardín Maternal? ☐ SI ☐ NO**INCLUSIÓN**¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO**EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA**

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NOCentro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO**SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR**

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor ☐ Desayuno y Merienda**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1**Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: Nº: ☐ NOProfesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NOEn caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión**DOMICILIO**Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: Nº: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____ Nacionalidad: _____

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ ☐ NO

Profesión u ocupación: _____ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) _____ Teléfono celular: (cód. área: _____) _____

Correo electrónico: _____

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Tipo de doc: _____ N°: _____ Describa restricción: _____

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: _____ N° de Matriz: _____ N° de Folio: _____

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: _____

Aclaración: _____

Fecha de inscripción: _____ / _____ / _____

Firma Directora o Director: _____