



FICHA DE DATOS PERSONALES - 2024 Sala/ Curso/ División: ..... Turno: .....

Apellido/s y Nombre/s del Alumno/a (según DNI): .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Nacionalidad: ..... DNI: .....

Edad al 30 de Junio: ..... Parroquia a la que pertenece: .....

Domicilio Actual: calle: ..... N° ..... Localidad: .....

CÓDIGO POSTAL: ..... Barrio: ..... M: .... C: .... Dpto: ..... Piso: .....

Teléfono fijo: ..... Teléfono Celular: MAMÁ: ..... PAPÁ: .....

e-mail de contacto notificaciones y GEM PAD:

Aspecto Socio-Afectivo: Datos de los Padres

POR FAVOR RECUERDEN ACTUALIZAR NÚMEROS SI SE PRODUCEN CAMBIOS

Table with 8 columns: Nombre y Apellido, Convive con el niño/a (SI - NO), Nacionalidad, Edad, Ocupación, Estudios (\*), email. Rows for PADRE and MADRE.

(\*) Estudios: especifique: Primaria Completa: PC o Incompleta: PI - Secundaria Completa: SC o Incompleta: SI - Terciario Completo: TC o Incompleto: TI - Universitario Completo: UC o Incompleto: UI

Lugar y horario de trabajo

Table with 4 columns: Lugar, Horario, Teléfono. Rows for PADRE and MADRE.

HERMANOS EN LA INSTITUCIÓN: NOMBRE / SALA O GRADO: .....

Observaciones: .....

- Intereses predominantes: Intelectuales ( ) Sociales ( ) Deportivos ( ) Otros ( )
Aspectos psicofísicos: ¿Problemas de visión? SI ( ) NO ( ) ¿De audición? SI ( ) NO ( ) ¿Motrices? SI ( ) NO ( )

Enfermedades (especificar) .....

¿Toma medicamentos? (especificar) .....

Alérgico a ..... TRATAMIENTO: .....

Algún alimento que no pueda comer .....

Peso actual: ..... Talla actual: ..... Grupo sanguíneo: .....

OBRA SOCIAL que posee: ..... N° de afiliado:.....

\* En caso de producirse un accidente o ante necesidades que comprometan su salud, AUTORIZAMOS a que nuestro hijo/a sea asistido por el Servicio de Emergencias Médicas contratado por el Instituto y de ser necesario sea trasladado/a al Hospital Pediátrico u otro alternativo, o al que corresponda según Obra Social.

\* AUTORIZAMOS a publicar en la página web Institucional y redes sociales fotos grupales de las actividades y actos donde participa nuestro hijo/a.

PADRE/ MADRE/ TUTOR (tachar lo que no corresponde)

..... FECHA: ...../...../ 202...

Firma

Aclaración

DNI