



FICHA DE DATOS PERSONALES - 2026 Sala **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

	Nombre y Apellido	Convive con el niño/a (SI - NO)	Nacionalidad	Edad	Ocupación	Estudios (*)	email
PADRE							
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**

	Lugar	Horario	Teléfono
PADRE			
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. **SÍ () NO ()** Marcar con "x" la respuesta.

* AUTORIZAMOS a publicar en la página web Institucional y redes sociales fotos grupales de las actividades y actos donde participa nuestro hijo/a. **SÍ () NO ()** Marcar con "x" la respuesta.

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

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

Firma

Aclaración

DNI