

**FICHA DE DATOS PERSONALES - 2026** Grado: 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: Nº 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