…

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACIÓN DE SALUD |  |
| Apellido/s …………………………………………………………….. Nombres completos…………………………………...……………………………………… Tipo de Doc.:……………N°……………..………………………...……Sexo ………………….. Fecha de Nac. ……………………………… Lugar de Nac. ………………………. Localidad ……………………………………... DOMICILIO Calle ………………………………………………………………………. N° ……………………….Piso…………..Torre ………………………… Dpto ………………… Entre calles ………………………………………………………………………………………………………………….…………………… Provincia …………………………. Distrito ………………………………. Localidad ……………………………………...…. Código Postal ………………….Teléfono ………………………………… Teléfono Celular ………………………………………. Telef. de Urgencia ………………………….………………… |
| Obra Social ………………………………………………………………… N° Afiliado …………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD |  |
| Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?SI NO Cual ? ………………………………………………………………………………………………………………………………… Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?SI NO Por que? ………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI NOEn caso afirmativo, describa sus manifestaciones ………………………………………………………………………………………………………………… La alergia se debe a ………………………………………………… No sabe Recibe tratamiento permanente? SI NO |
| TRATAMIENTOSRecibe Tratamiento Médico? SI NO Especifique …………………………………………………………………… Quirúrgicos SI NO Tipo de Cirugía …………………………………………………………………. Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración ……………...……………………………….. Otros problemas de salud? ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| NO LLENAR LOS PADRES | VACUNAS OBRIGATORIAS Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2de acuerdo a su cumplimiento VACUNACIÓN COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOSEn caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica |
| DETERMINACIÓN DE Talla (en centímetros) …………………. Peso ……………. Kgrs(con 1 décimo)Fecha de la determinación ………………………/………………………………/201………….. |
|  |
| SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA |  |
| RECURRIR A Institución ……………………………………...…………………………………………………………………………………………………...Domicilio ………………………………………………………………………………… Teléfono …………. ………………………………… |
| MÉDICO Apellido/s y Nombre/s ……………………………………………………………………………… Teléfono ……………………………………………… |
| FAMILIAR Apellido/s y Nombre/s …………………………………….………….………………………………………………………………………………………….Domicilio ………………………………………………………………………………… Teléfono celular ………………………………… |
|  |
| ACTUALIZACIONES |  |
| Fecha ……/……../…… Anual SI NO Hay cambios? SI NODescriba los cambios de salud del alumno ……………………………………………………...………………………………………………………. |
| ACUERDO INSTITUCIONAL DE CONVIVENCIA |  |
| El Acuerdo Institucional de Convivencia (AIC) vigente resume que toda la comunidad educativa tiene derechos y obligaciones a cumplir dentro de la Institución. Se les solicita a las familias acompañar a sus hijos en esta nueva etapa de sus vidas y estar presentes cada vez que la Institución los convoque.El AIC completo en formato digital esta subido a la página de la escuela **www.eest1.edu.ar** para su lectura.Al finalizar cada Trimestre/Cuatrimestre el adulto responsable que firma esta solicitud deberá presentarse a la escuela para retirar el Boletín de Calificaciones, notificándose del desempeño pedagógico del alumno, inasistencias, reincorporaciones y conducta. La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar a la Institución cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata. Equipo directivo / EEST N° 1 |
|  |
| Me comprometo como madre, padre, encargado o tutor de mi hijo/a a cumplir con el Acuerdo Institucional de ConvivenciaFecha de Inscripción ……/……../201…….. Firma Madre/Padre/Tutor ……………………………………………………………….Telefono celular en caso de Urgencia……………………………DNI N° ………………. Aclaración ……………………………………. |

…

…

Firma del Director …………………………………………………….. Sello de la Institución