…

|  |  |
| --- | --- |
| 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 NO  En caso afirmativo, describa sus manifestaciones ………………………………………………………………………………………………………………… La alergia se debe a ………………………………………………… No sabe Recibe tratamiento permanente? SI NO | | | | | |
| TRATAMIENTOS  Recibe 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° 2  de acuerdo a su cumplimiento VACUNACIÓN COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS  En 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 NO  Describa 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 Convivencia  Fecha de Inscripción ……/……../201…….. Firma Madre/Padre/Tutor ……………………………………………………………….  Telefono celular en caso de Urgencia……………………………DNI N° ………………. Aclaración ……………………………………. | | | | | |

…

…

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