

# Bachillerato de Adultos

## Turno Vespertino

FICHA DEL ESTUDIANTE  
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

### DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

DNI: .....

DIRECCIÓN REAL. CALLE: ..... N° .....

LOCALIDAD: .....

TELÉFONO: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

### DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

DNI: .....

DIRECCIÓN REAL. CALLE: ..... N° .....

LOCALIDAD: .....

TELÉFONO: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

### DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

DNI: .....

DIRECCIÓN REAL. CALLE: ..... N° .....

LOCALIDAD: .....

TELÉFONO: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

## AUTORIZACIÓN DE RETIRO ANTICIPADO

Autorizo solamente a las siguientes personas a retirar a mi hijo:

| Nombre de la persona | Relación con el alumno | D.N.I |
|----------------------|------------------------|-------|
|                      |                        |       |
|                      |                        |       |
|                      |                        |       |
|                      |                        |       |

De producirse algún cambio debe ser comunicado por escrito

|            | Madre | Padre |
|------------|-------|-------|
| Firma      |       |       |
| Aclaración |       |       |
| D.N.I      |       |       |

### EMERGENCIA MÉDICA

| Teléfonos alternativos | Nombre de la persona | Relación con el alumno |
|------------------------|----------------------|------------------------|
|                        |                      |                        |
|                        |                      |                        |
|                        |                      |                        |

Obra Social/ Prepaga: \_\_\_\_\_ Numero de  
afiliado/a: \_\_\_\_\_

Lugar para trasladar (Debe ser el lugar más cercano al Colegio previsto por la Obra Social/Prepaga):  
\_\_\_\_\_

(El alumno será trasladado al lugar sugerido por la familia a menos que el servicio médico de urgencia contratado por la institución, determine la conveniencia de otro lugar adecuado para el tipo de emergencia)  
Conforme la normativa vigente se encuentra prohibido la prescripción y/o suministro de medicamentos por parte de los docentes, debiendo ocuparse de tal cuestión las familias y/o responsables de los alumnos. Como excepción en casos de fiebre alta a requerimiento de la familia podrá suministrarse algunos de los medicamentos indicados más abajo previa autorización de la misma. El suministro de medicamento estará a cargo exclusivamente de la Clínica Médica del Colegio. En caso de tener mi hijo/a fiebre alta SI – NO (tachar lo que no corresponde) AUTORIZO a la Clínica Médica del Colegio (médico/a y/o enfermero/a) a suministrar este medicamento:

IBUPROFENO / PARACETAMOL / ASPIRINETA / ASPIRINA

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMAGEN

### **Estimadas Familias:**

Durante el ciclo lectivo el Colegio Ward realiza fotografías y /o videos con el fin de obtener un registro visual y/o auditivo de sus actividades. Algunas de las mismas son utilizadas con fines de difusión y/o publicidad a través de distintos medios institucionales del Colegio, tales como: sitio WEB (www.ward.edu.ar), Boletín electrónico, Revista Net Ward y otras presentaciones, y en su caso por otros medios de mayor difusión, externos al Colegio, como redes sociales, medios escritos, radiales y/o visuales.

Les solicitamos tengan a bien responder a la brevedad si autoriza a que su hijo/a figure en los medios mencionados. Para ello deberá completar el talón adjunto. Desde ya la autorización no implica necesariamente que todas las fotografías tomadas serán utilizadas.

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE REFLEJE SU DECISIÓN

Autorizo al Colegio Ward a utilizar, por tiempo indeterminado, y en forma gratuita, con fines de comunicación institucional y/o publicidad, fotografías y/o videos, individuales y/o grupales, en los términos arriba indicados, del/la alumno/a \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_ Nivel Secundario.

SI  NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

/ /  
\_\_\_\_\_  
FECHA

## FICHA MÈDICA

### DATOS DEL ALUMNO/A:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: Grupo Sanguíneo: A B 0 FACTOR RH + - Peso: Talla: \_\_\_\_\_

Domicilio: Tel. Part. \_\_\_\_\_ Madre/Padre Celular: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

NACIO DE PARTO NORMAL SI / NO

En caso de contestar NO detallar el problema

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### VACUNACIONES

B.C.G. SI / NO

TRIPLE SI / NO

ANTISARAMPIONOSA SI / NO

DOBLE SI / NO

REFUERZO ANTITETANICA SI / NO

OTROS: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPION SI / NO

VARICELA SI / NO

RUBEOLA SI / NO

ESCARLATINA SI / NO

COQUELUCHE (Tos convulsa) SI / NO

PAROTIDITIS (Paperas) SI / NO

Otras

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DIABETES SI / NO

Tipo y medicación \_\_\_\_\_

### HEPATITIS SI / NO

Tipo: \_\_\_\_\_

• **CARDIOPATIAS:**

Tipo: \_\_\_\_\_

**MIGRAÑAS/CEFALEAS:**

**USA MEDICACION: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**DERMOPATIAS SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**TRAUMATISMOS DE CRANEO:**

Con pérdida de conocimiento SI / NO

**EPILEPSIA/CONVULSIONES:**

En caso de contestar SI detallar

---

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**LESIONES DEPORTIVAS: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**OFTALMOLOGIA:**

**NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**ODONTOLOGIA:**

**NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**FONOAUDIOLOGIA:**

**NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**EN CASO DE FIEBRE AUTORIZO: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**MEDICACION DE USO HABITUAL: SI / NO**

En caso de contestar SI detallar

---

**EN CASO DE EMERGENCIA:**

OBRA SOCIAL/ PREPAGA:..... N° DE AFILIADO .....

EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES, SE AUTORIZA EL TRASLADO A:

.....  
.....

EL QUE SUSCRIBE PADRE / MADRE/ TUTOR DEL ALUMNO/A .....  
QUE CURSA ....., TOMA CONOCIMIENTO Y COMPLETA EL PRESENTE FORMULARIO  
CON CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y AUTORIZA PARA QUE SU HIJO/A REALICE  
ACTIVIDAD FISICA DE ACUERDO CON SU EDAD Y SEXO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS  
CURRICURALES VIGENTES POR LA RESOLUCION N° 12956/97 DE LA DIRECCION GENERAL DE  
CULTURA Y ESCUELAS Y LA LEY N° 14556/14 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.  
CUANDO SOBREVENGA UNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONAS U OTRA EN PARTICULAR, ME  
COMPROMETO A INFORMAR AL ESTABLECIMIENTO BAJO CERTIFICADO MEDICO LA  
IMPOSIBILIDAD PARCIAL O TOTAL PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.

**DATOS DEL PADRE, MADRE /TUTOR:**

NOMBRE Y APELLIDO: .....DNI: .....

TEL:..... CEL:.....

NOMBRE Y APELLIDO: .....DNI: .....

TEL:..... CEL: .....

LUGAR Y FECHA:.....

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACION: .....