



BACHILLERATO DE ADULTOS

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:

AUTORIZACION 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 del padre/madre/responsable legal

Aclaración

Fecha:...../...../.....

FICHA MEDICA

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

Tipo y medicación

- HEPATITIS:

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:

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

• ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS: 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 PRESENTEFORMULARIO
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: