

	CASA SALESIANA DON BOSCO CONGRESO Solís 252 Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nivel Primario	ACTUALIZACIÓN DE FICHA DE DATOS PERSONALES	GRADO EN CURSO (completar 1° a 7°)	2024	

Datos de alumno /a										
APELLIDOS, Nombres:							DNI			
Nacimiento FECHA			DÍA	MES	AÑO	LUGAR		NACIONALIDAD		
Domicilio	CALLE				ALTURA	PISO		DTO.	C.P.	
	BARRIO				LOCALIDAD: C.A.B.A. / Pvcia. BsAs (tachar lo que no corresponda)			COMUNA (si es C.A.B.A.)		

Datos de RESPONSABLE 1					Datos de RESPONSABLE 2						
APELLIDOS:					APELLIDOS:						
Nombres:					Nombres:						
Vínculo / Parentesco: (Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/tutor/otro cuál?)			DNI		Vínculo / Parentesco: (Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/tutor/otro cuál?)			DNI			
Nacionalidad			Estado civil		Nacionalidad			Estado civil			
Nacimiento FECHA		DÍA / MES / AÑO	CONVIVE con alumno/a	SÍ	NO	Nacimiento FECHA		DÍA / MES / AÑO	CONVIVE con alumno/a	SÍ	NO
Domicilio	CALLE			ALTURA		Domicilio	CALLE			ALTURA	
	PISO		DTO.	C.P.	-----		PISO		DTO.	C.P.	-----
	BARRIO - LOCALIDAD						BARRIO - LOCALIDAD				
Teléfonos de contacto	CELULAR					Teléfonos de contacto	CELULAR				
	CASA						CASA				
	TRABAJO						TRABAJO				
Ocupación / empleo:					Ocupación / empleo:						
Nombre de la empresa					Nombre de la empresa						
Domicilio comercial					Domicilio comercial						
E-mail (escribirlo con las mayúsculas o minúsculas correctas):					E-mail (escribirlo con las mayúsculas o minúsculas correctas):						
@					@						

AUTORIZACIÓN DE RETIRO	
Autorizo a que el alumno/a (ver datos en la misma) se retire solo/a después del horario de clases: SÍ NO	
(Hacer un círculo en la correcta y tachar lo que no corresponda)	



PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR (exceptuando RESPONSABLES 1 y 2)	
APELLIDOS, Nombres:	DNI y Vínculo:
Domicilio	Teléfono de contacto
APELLIDOS, Nombres:	DNI y Vínculo:
Domicilio	Teléfono de contacto
APELLIDOS, Nombres:	DNI y Vínculo:
Domicilio	Teléfono de contacto
APELLIDOS, Nombres:	DNI y Vínculo:
Domicilio	Teléfono de contacto
APELLIDOS, Nombres:	DNI y Vínculo:
Domicilio	Teléfono de contacto

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN	
Autorizo la utilización de material gráfico, imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo la supervisión de autoridades del establecimiento Don Bosco (A-108) del alumno/a SÍ NO	
(Hacer un círculo en la correcta y tachar lo que no corresponda)	

NOS COMPROMETEMOS A COMUNICAR CUALQUIER MODIFICACIÓN A LA INFORMACIÓN ANTERIOR, DENTRO DE LAS 48 HORAS DE PRODUCIDAS, EN ESPECIAL LAS REFERIDAS AL CAMBIO DE DOMICILIO Y/O TELÉFONO/S.

Firma y Aclaración Responsable 1

Firma y Aclaración Responsable 2

 CASA SALESIANA DON BOSCO CONGRESO Solís 252 Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nivel Primario	ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE MÉDICOS y de SALUD		GRADO EN CURSO (completar 1° a 7°) 2024		
	Los datos de esta Ficha deben ser completados por los adultos responsables del/de la alumno/a. Los médicos pediatras deberán otorgar el "APTO FÍSICO" correspondiente para las actividades escolares, el cual se adjuntará a esta ficha.				
Datos de alumno /a					
APELLIDOS, Nombres:				DNI	
Tensión Arterial Normal (Min/Máx)		<i>mmHG</i>	Grupo y factor sanguíneo:		Peso <i>kg</i> Altura <i>m</i>
OBRA SOCIAL/SEGURO MÉDICO					
Obra Social:		Número de socio:		Teléfono:	
¿TIENE O TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES LESIONES, ENFERMEDADES O PATOLOGÍAS? Marcar con una cruz (X) en la columna apropiada. Si la respuesta es "SI", describir en la parte "Observaciones" de esta ficha					
	SI	NO		SI	NO
Enfermedades Cardiovasculares (arritmias, soplos, otros)			Alergia a Picaduras <i>[explicitar cómo se presenta o manifiesta]</i>		
Hipertensión (Tensión arterial alta)			Alergia a Medicamentos <i>[explicitar cómo se presenta o manifiesta]</i>		
Trastornos de la alimentación (Obesidad, otros)			Alergia a Alimentos <i>[explicitar cómo se presenta o manifiesta]</i>		
Asma / Bronco espasmos <i>[tachar la que no corresponda]</i>			Alergia a Medioambiente (sol, cambio de clima, etc.) <i>[explicitar cómo se presenta o manifiesta]</i>		
Otros problemas y/o enfermedades del Sistema Respiratorio			Otras reacciones alérgicas <i>[explicitar cómo se presenta o manifiesta]</i>		
Lesión en la cabeza (Traumatismo encéfalo-craneano)			Enfermedades de la piel <i>[explicitar cómo se presenta o manifiesta]</i>		
Convulsiones febriles / Epilepsia <i>[tachar la que no corresponda]</i>			Hepatitis (A, B o C,)		
Otros problemas y/o enfermedades del Sistema Nervioso			Dengue		
Problemas de Coagulación / hemorragias <i>[tachar la que no corresponda]</i>			Covid		
Otros problemas y/o enfermedades de la sangre			Tuberculosis / Chagas / Fiebre Reumática <i>[tachar la que no corresponda]</i>		
Afecciones Auditivas			Varicela / Rubeola / Sarampión <i>[tachar la que no corresponda]</i>		
Uso de anteojos/lentes de contacto / Otros			Inmunodepresión (bajas defensas)		
Diabetes <i>[Indicar tipo y tratamiento/hemoqlucotest/autoinvector]</i>			Otros problemas y/o enfermedades asociadas al Sistema Inmunológico		
Enfermedad Celíaca			Ataques de pánico		
Enfermedades Gastrointestinales (Gastritis, úlceras, colon irritable, constipación)			Trastornos del desarrollo		
Alteraciones en la columna vertebral			Mareos o cefaleas		
Antecedentes traumatológicos (esquinces/ luxaciones/fracturas) [fecha y lesión]			Otros problemas de la conducta y/o Antecedentes Psiquiátricos		
Otras lesiones (extremidades/articulaciones/tórax/abdomen/pélvis)			Medicación habitual		
Enfermedades en huesos o articulaciones			Falta o no funcionamiento de algún organo		
Intervenciones quirúrgicas <i>[por qué y cuando fue intervenido]</i>			Otras lesiones, enfermedades o problemas que no estén descriptas anteriormente. <i>[Indicar y detallar]</i>		
Observaciones [detallar las respuestas positivas del cuadro anterior]					
¿Realiza tratamiento PSICOLÓGICO, PSICOPEDAGÓGICO, FONOAUDIOLÓGICO, NEUROLÓGICO, DE PSICOMOTRICIDAD, ETC.? (Circular la respuesta y tachar lo que no corresponda) [Describir DATOS de profesionales (Nombre y apellido, teléfono, mail)]				SI	NO
AUTORIZACIÓN					
Mediante la firma de este documento tomo conocimiento y autorizo a que mi hijo/a, durante el transcurso de este año, realice actividad física con esfuerzos cardiovasculares de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otras en particular me comprometo a informar por medios fehacientes. Declaro que todo lo expuesto en esta ficha es correcto y verdadero, y no he retenido ninguna información que se me requiere en la presente ficha. Asimismo, me comprometo a comunicar por escrito cualquier cambio de la información solicitada que ocurra luego de la firma de este documento.					

FECHA a la firma

Firma y Aclaración y DNI Responsable 1

Firma y Aclaración y DNI Responsable 2