
ANEXOS
Infant & Junior
School
2025

Listas de materiales

PRIMER CICLO

Cartuchera completa:

- Lápiz negro
- Goma para lápiz
- Lápices de colores
- Tijera punta redonda
- Sacapuntas
- Regla rígida transparente de 15 cm
- adhesivo sintético (tipo Voligoma o Pelikan)
- **SOLO 3ERO: lapicera roller borrable (se recomienda Faber Castell o Simball genios 2G + cartuchos de recambio)**

NOTA IMPORTANTE:

- Recomendamos que la cartuchera sea de organización simple y de un piso como en la foto.



MATERIALES PARA TRABAJAR EN EL AULA:

ITEM	1°	2°	3°
Block de hojas blancas N° 5 (20 hojas)	-	1*	2*
Block de hojas de color N° 5 (20 hojas)	-	1*	2*
Block de hojas lisas tamaño A4	1	1*	1*
Block de hojas rayadas tamaño A4	-	1*	2*
Block de hojas N°5 COLORES PASTELES	1*	4*	-
Block de hojas fantasía N° 5 (Muresco o similar)	-	-	-
Lápices negros 2B 2HB	5*	3*	-

ITEM	1°	2°	3°
Goma de borrar lápiz	5*	4*	-
Adhesivo sintético (tipo Voligoma o Pelikan)	3*	4*	-
Caja de pañuelos tipo carilina o kleenex (repuesto por 70 unidades)- IMPORTANTE	4*	4*	4*
Carpetas plásticas tamaño A4 tipo presentación (con etiqueta)	4*	2*	1*
Carpetas plásticas tamaño A4 con dos anillos chicos (con etiqueta)	1*	-	-
Cuaderno azul a lunares 48 hojas rayadas para Música (se usará el del año anterior)	1*	1	1
Cuaderno rayado color naranja 48 hojas rayadas para Convivencia (se usará el del año anterior)	1*	1	1
Cuaderno tapa dura rayado (60 hojas) Formato ABC (sin espiral) Color Azul para Castellano	3*	4*	-
Cuaderno tapa dura rayado (60 hojas) Formato ABC (sin espiral) Color Rojo para Inglés	2*	2*	1
Cuaderno tapa dura rayado (50 hojas) Formato ABC (con espiral) Color Rojo para Inglés (Writing)	-	1*	-
Cuaderno tapa dura rayado (50 hojas) Formato ABC (con espiral) Color Azul para Castellano	-	-	2*
Cuaderno tapa dura Cuadrulado (50 hojas) Formato ABC (con espiral) color verde castellano Matemática	-	-	2*
Folios tamaño A4	10*	10*	10*
Masa libre de gluten (en pote de 220 grs)	2*	2*	-
Papel glasé brillante	1*	2*	1*
Papel glasé común	1*	2*	1*
Revistas infantiles (Billiken, Anteojoito, Genios) para recortar.	-	1*	1*
Marcador de Pizarra Negro	1*	1*	1
Marcador de Pizarra color a elección (no amarillo)	1*	1*	1*
Resaltador fluo (colores claros, con etiqueta)	-	2*	2

Ciclo lectivo 2025



ITEM	1°	2°	3°
Repuesto de hojas color n°3	-	-	1*
Carpeta con ganchos N°3 (No la de tapas sueltas)	-	-	2
Separadores de materias N°3	-	-	7
Folios N°3	-	-	8
Repuestos de hojas rayadas N°3	-	-	2
Repuestos de hojas cuadriculadas N°3	-	-	1

Referencia: * La docente guardará el material en el aula.

SEGUNDO CICLO

Cartuchera completa 2do ciclo:

- Lápiz negro
- Goma para lápiz
- Lápices de colores
- Tijera
- Sacapuntas
- Regla rígida transparente de 15 cm/o la metálica (No la Maped Twist)
- Adhesivo sintético (tipo Voligoma o Pelikan)
- Resaltador (dos colores diferentes)
- Lapicera roller borrable (Faber Castell o Simball genio 2G + cartuchos de recambio)
- Calculadora con nombre (solo Y5 – Y6)

NOTA IMPORTANTE:

- Recomendamos que la cartuchera sea de organización simple y de un piso como en la foto.



Cartuchera de geometría 2do ciclo: debe ser una cartuchera simple o bolsita de tela con cierre y nombre visible. ***Todos los elementos deben tener el nombre.***

- transportador 180° transparente rígido (marca sugerida Maped con las dos filas de números) -
- compás (marca sugerida Maped)
- escuadra de 20 x 60 cm transparente rígida (5to y 6to)
- regla de 20 cm rígida y transparente



- **Dispositivo personal:** preferentemente notebook. Lo importante es que tenga acceso a las herramientas de Google. El mismo se traerá en los días que se informen oportunamente.
- **Auriculares** para usar con la notebook.



MATERIALES PARA TRABAJAR EN EL AULA:

ITEM	4°	5°	6°
Agenda para anotar tareas (<i>se obtendrá en el colegio y se cargará en la cuota</i>)	1	1	1
Block de hojas blancas N° 5 (20 hojas)	1	-	1
Block de hojas de color N° 5 (20 hojas)	1	2	1
Block de hojas fantasía N° 5 (Muresco o similar)	-	-	-
Repuesto de hojas blancas N°3 (en la carpeta de inglés o castellano)	-	3	1
Repuesto de hojas color N°3 (en la carpeta de inglés y castellano)	1	5	1
Repuesto de hojas rayadas N°3 (se sugiere que sean gruesas)	1	2	2
Repuesto de hojas cuadrículadas N°3 (en la carpeta)	-	2	2
Separadores de carpeta N°3 (dentro de la carpeta)	14		
Block de hojas lisas tamaño A4	1	1	1
Block de hojas rayadas tamaño A4	1	1	1
Caja de pañuelos tipo carilina o kleenex (repuesto por 70 unidades)- IMPORTANTE	4	6	4
Carpeta Nro. 3	1	3	4
Carpetas plásticas tamaño A4 tipo presentación (con etiqueta)	-	-	2
Cuaderno azul a lunares 48 hojas rayadas para Música (se usará el del año anterior)	1	1	1
Cuaderno rayado color naranja 48 hojas rayadas para Convivencia (se usará el del año anterior)	1	1	1
Cuaderno tapa dura rayado (50 hojas) Formato ABC (con espiral) Color Azul para Castellano	1	-	-
Cuaderno tapa dura cuadrículado (50 hojas) Formato ABC (con espiral) color verde castellano Matemática	1	-	-

ITEM	4°	5°	6°
Folios tamaño A4	-	10	10
Folios tamaño N° 3 (colocados en cada carpeta - de inglés y castellano)	10	20	10
Papel glasé brillante	1	-	-
Papel glasé común	1	-	-
Mapa de Argentina N° 5 - Político	-	5	2
Mapa Planisferio N° 5 - Político	-	3	2
Mapa Planisferio N° 3 - Político	1	-	-
Mapa Europa N°5 - Político	-	6	-
Mapa del Continente Americano N° 5 - Político	-	1	2
Mapa de Argentina N° 6 - Político	-	-	1
Mapa planisferio N° 6 - Político	-	-	1
Cuaderno ABC (A4) Hojas rayadas, tapa dura y anillado	-	1	-

CUOTA DE MATERIALES:

- 1° cuota \$6000 en febrero
- 2° cuota: el costo será informado más cercana la fecha.



MATERIALES DE ARTE – 2025

ITEM	CURSOS					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Block de 16 hojas canson blancas Nro. 6	1	1	1	1	1	1
Birome negra	-	-	-	-	-	1
Bolsa de lona acrílica de 65 x 50 cm.con velcro para cerrar y dos manijas para transportar (con nombre)	Verde	Negra	Naranja	Gris	Celeste	Roja
Carpeta Nro.6 con solapas	1	1	1	1	1	1
Cartón de 30 x 40 cms. aprox. (fácil de cortar)					1	1
Cartuchera p/guardar los elementos de arte	1	1	1	1	1	1
Delantal de tela o camisa (Por favor que NO sea de plástico)	1	1	1	1	1	1
Fibras de colores (12)	1	1	1	1	1	1
Hojas n°5 color (tipo el nene)			1			1
Hojas n°6 negras (block 6 hojas)				1	1	
Lápiz Nro. 2 y goma de borrar	1	1	1	1	1	1
Pastel al óleo (guardados dentro de una bolsita tipo ziploc)	1	1	1	-	-	-
Pincel a elección (puede ser chato o redondo)	-	-	-	-	2	2
Pincel chato Nro.8 o 10	1	1	-	-	-	-
Pincel redondo Nro. 8 / chato Nro 10 o el mismo de años anteriores	-	-	1	1	-	-
Pinceleta	-	-	-	-	-	1
Plasticola de Color 1	-	-	1	1	1	-
Caja de acuarelas	1	1	1	1	1	1
Rollo de Papel de Cocina	1	1	1	1	1	1
Tijera	1	1	1	1	1	1
Voligoma (para uso común del aula de arte)	1	1	1			
Block hojas canson N°6 Color	1	-	-	-	-	-
Pintura acrílica 250 gr BLANCA	-	-	1	-	1	-
Pintura acrílica 250 gr AMARILLA	1	-	1	-	-	-
Papel barrilete	-	ROSA	-	AMARILLO	NARANJA	ROJO
Plasticola 250gr	-	-	-	-	-	1

Ciclo lectivo 2025



Nota:

- La bolsa de lona de Arte debe tener el nombre de buen tamaño **bien visible** en una “cara” de la bolsa.
- El material de Arte deberá tener nombre y apellido en un lugar visible.
- Las hojas blancas A6 deberán estar guardadas en la carpeta con el nombre ya escrito en **el anverso**.
- Cartuchera de arte: Lápiz, goma, fibras de varios colores, tijera y sacapuntas.



LECTURA DE VERANO 2025
CASTELLANO E INGLÉS

AÑO	INGLÉS	CASTELLANO
2°		Amor en la biblioteca – Liliana Cinetto. Ed. Del Naranja (Serie Luna de Azafrán) ISBN: 978-987-8371-14-6
3°		Oso y el palo borracho – Adrián Yeste. Ed. Edelvives (Serie Ala delta Roja). ISBN: 978-987-82-1029-2
4°	The Extraordinary Miss Sunshine - CAMMACK, Jane Elizabeth. Ed. Vicens Vives Black Cat/Green Apple. ISBN: 978-8468258089	Vidas Piratas - Martín Blasco. Ed. A-Z (Serie Del Boletó). ISBN: 978-987-35-0587-4
5°	Wonder - R.J. Palacio. Ed. Penguin Readers. ISBN: 978-0241397893	Nueve ratas en busca de un cuento -Verónica Sukaczer. Ed. Norma (Colección Torre de Papel Azul). ISBN: 978-987-54-5702-7.
6°	There's a Boy in the Girls' Bathroom - Louis Sachar. Ed. Scholastic. ISBN 9780590590891	Mi abuela, la loca - José Ignacio Valenzuela. Ed. Alfaguara. ISBN: 978-987-73-8712-4

NOTA IMPORTANTE PARA LAS FAMILIAS

Los primeros días de clases los/as alumnos/as trabajarán sobre los textos leídos en el receso de verano. El alumnado debe leer el texto indicado en la casilla correspondiente al año que cursará en el 2025.

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 ____ EDUCACIÓN PRIMARIA

Nº _____
(A completar por el establecimiento)

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite
 SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____ CUJIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO
¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ NO

Identidad de género: Mujer Mujer trans / travesti Varón Varón trans / masculinidad trans
 No binario Otra No desea responder

Lugar de nacimiento: En Argentina En el extranjero Nacionalidad: _____

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia: Buenos Aires Otra (especificar): _____

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: _____ Localidad: _____

DOMICILIO Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) Teléfono celular: (cód. área: _____)

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos: SI Cantidad: _____ Cantidad que asiste a este establecimiento: _____
 NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? SI NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s: SI NO Otra/s lengua/s: SI NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? SI NO

¿Percebe Asignación Universal por Hijo (AUH)? SI NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicideta Transporte escolar DGCyE Colectivo Tren Vehículo particular Taxi/Remis Otro

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social? SI NO En caso afirmativo: Obra social: _____ N° Afiliado: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? SI NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿Tiene disminución auditiva? SI NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? SI NO

¿Tiene disminución visual? SI NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? SI NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? SI NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? SI NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: _____ Sector de gestión: Estatal Privado

Nombre escuela: _____ N°: _____

A completar por el establecimiento: _____ Clave provincial: _____ CUE: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: Argentina Otro país (especificar): _____

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: Buenos Aires Otra (especificar): _____ Distrito: _____

Nivel/Modalidad: _____ Sector de gestión: Estatal Privado

Dependencia: Oficial Municipal Nacional Privada Otros organismos

Nombre escuela: _____ N°: _____

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Año: 1 2 3 4 5 6

Turno solicitado: Mañana Tarde

Jornada: Simple Extendida Completa / Doble escolaridad

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

- Ingresante al Nivel Reinscripta / Reinscripto Promovida/Promovido
- En Período Extendido de Enseñanza Repitente
- Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:

TRAYECTORIA EDUCATIVA

¿Asistió a jardín de infantes? SI, desde sala de 3 años SI, desde sala de 4 años SI, solo a sala de 5 años NO

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

- Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión
- No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? SI NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): SI NO

Centro de Educación Física (CEF): SI NO

Escuela de Educación Estética: SI NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

- Comedor Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s:

Nombre/s:

Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO

¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: N°: NO

Profesión u ocupación:

¿Asistió a algún establecimiento educativo? SI NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado

¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

- Estudia Trabaja Busca trabajo Realiza tareas de cuidado no pagas Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____ Nacionalidad: _____

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: _____

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO

¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: _____ N°: _____ NO

Profesión u ocupación: _____ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? SI NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado

¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja Busca trabajo Realiza tareas de cuidado no pagas Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Teléfono: (cód. área: _____) _____ Teléfono celular: (cód. área: _____) _____

Correo electrónico: _____

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Tipo de doc: _____ N°: _____ Describe restricción: _____

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: _____ N° de Matriz: _____ N° de Folio: _____

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: _____ Adaración: _____

Fecha de inscripción: / / _____ Firma Directora o Director: _____

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



**FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
CICLO LECTIVO 2025**

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos y nombres: Año:	
Fecha de nacimiento: / /	DNI: Edad:
Domicilio: Teléfono de contacto:	
Localidad: CP: Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico (E-mail):	
TIPO DE SANGRE (GRUPO Y FACTOR):	
COBERTURA MÉDICA	
Apellidos y nombres del médico de cabecera:	
Dirección: Localidad:	
Teléfono consultorio: Celular: Tel. particular:	
Obra social o cobertura médica: N ° Socio:	
Dirección: Localidad: Teléfono:	
Para casos de emergencia, indicar aquí el teléfono, la persona de contacto y el parentesco, en caso de no ubicar a los progenitores:	
Datos relevantes de enfermedad o alergias (importantes en caso de emergencia para brindar primeros auxilios)	
DATOS DEL PROGENITOR 1	
Apellidos y nombres:	
Fecha de nacimiento: / / DNI:	
Domicilio particular: Localidad:	
Teléfono particular: Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico (E-mail):	
Profesión / ocupación:	
Domicilio laboral: Teléfono laboral:	
.....
FIRMA DEL PROGENITOR 1	ACLARACIÓN
DATOS DEL PROGENITOR 2	
Apellidos y nombres:	
Fecha de nacimiento: / / DNI:	
Domicilio particular: Localidad:	
Teléfono particular: Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico (E-mail):	
Profesión / ocupación:	
Domicilio laboral: Teléfono laboral:	
.....
FIRMA DEL PROGENITOR 2	ACLARACIÓN

Esta ficha debe ser entregada en la recepción hasta el 17/02/25

Me comprometo a entregar por escrito en la Recepción del Colegio toda modificación en los datos provistos en este formulario, en el momento en que dicha modificación surja, para mantener la información pertinente actualizada

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



ANTECEDENTES CLÍNICOS Y/O QUIRURGICOS		
Apellidos y nombres: Curso: Fecha:		
TIPO DE SANGRE (GRUPO Y FACTOR):		
Indicar con una "x" lo que corresponda	SI	NO
A – Padece o ha padecido en los últimos 30 días:		
• Procesos inflamatorios o infecciosos		
Detallar:		
B – Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
• Metabólicas: diabetes		
• Cardiopatías congénitas		
• Cardiopatías infecciosas		
• Hernias inguinales, crurales o asma		
C – Ha padecido en fecha reciente:		
• Hepatitis (60 días)		
• Sarampión (30 días)		
• Parotiditis (30 días)		
• Mononucleosis infecciosa (30 días)		
D – Ha padecido en los últimos 60 días:		
Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc.		
Detallar:		
E – Es alérgico a:		
Antibióticos / analgésicos / otros		
Detallar:		
F – Imposibilidad para realizar alguna actividad física:		
Especificar cuál:		
G – Alguna otra situación determinada por el médico:		
Explicar:		
H – Recibió alguna vez la vacuna antitetánica		
Indicar fecha de última aplicación:		

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR CONJUNTAMENTE CON LA FICHA

Certificado médico de aptitud psico física <input type="checkbox"/>	Certificado bucodental <input type="checkbox"/>
Electrocardiograma o electrocardiograma de fuerza (según lo determine el facultativo correspondiente) <input type="checkbox"/>	Certificado de examen de vista por oftalmólogo <input type="checkbox"/>
Copia de certificado de Vacunas <input type="checkbox"/>	Audiometría <input type="checkbox"/>

Nota 1: Tildar los certificados que se adjuntan y colocarlos en un sobre con nombre del alumno y año al que asiste

Nota 2: En el caso que sea necesario ampliar la información detallada en los puntos A hasta H se ruega hacerlo en hoja aparte

AUTORIZACION DE LOS PROGENITORES

Autorizo a mi hijo/a..... de año a realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular acorde a su edad, conforme a los lineamientos de St. Paul's College, en los lugares donde la actividad se realice habitualmente.

En caso de ser necesaria la atención médica de mi hijo/a en una Institución Sanatorial – por urgencia extrema que no permita darme aviso o notificación previo a la acción que tome el colegio –, autorizo a los representantes del mismo a derivarlo a (Indicar nombre, dirección y teléfono del centro asistencial, en lo posible próximo al Colegio o bien al Club de Deportes), o tratarlo a través de la Obra Social.....N°..... de la que soy afiliado.

ALTERNATIVA1: ALTERNATIVA2:

Dirección y Teléfonos:

Firma y Aclaración de progenitor/Tutor:

Firma y Aclaración de progenitor/Tutor:

Esta ficha debe ser entregada en la recepción desde el 03/02/2025 hasta el 17/02/2025

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



CERTIFICADO DE APTITUD ESCOLAR

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN CARDIOLÓGICO:

.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN AUDITIVO:

.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN ODONTOLÓGICO:

.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO

Dejo constancia que el examen clínico pediátrico realizado a.....
con DNI..... de..... años de edad en el momento de la consulta, no surge
impedimento alguno para que efectúe actividades escolares físicas y /o deportivas recreativas y
competitivas acordes a su sexo y edad.

.....
FECHA

.....
FIRMA PROGENITOR/ TUTOR

.....
FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES RETIROS Y SALIDAS DEL ESTABLECIMIENTO

PARA SER COMPLETADO SOLAMENTE EN EL CASO EN QUE LOS ALUMNOS SE RETIREN SOLOSO
CON OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN SUS PROGENITORES/ TUTORES.

Mi hijo/a..... deaño está autorizado a retirarse del
Colegio durante **todo** el ciclo lectivo 2025 con las personas que se indican a continuación.

AUTORIZACIÓN DE SALIDAS

APELLIDO Y NOMBRE DE LAS PERSONAS,REMISES, MICRO, ETC. AUTORIZADAS A RETIRARLO	DNI DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS

ES RESPONSABILIDAD DE LOS PROGENITORES/TUTORES LA ACTUALIZACIÓN DE ESTOS DATOS

.....
Firma progenitor / tutor

.....
Aclaración

.....
DNI

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES

SALIDAS A DEPORTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

COMPLETAR SÓLO A PARTIR DE 3° EP

Mi hijo/a está autorizado a trasladarse del Colegio hasta el Hurling Club (Av. Vergara 5415) en los horarios que le correspondan a Deportes y Educación Física, utilizando el servicio de Transporte de GLV S.R.L. durante **todo** el ciclo lectivo 2025.

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A	AÑO 3°,4°,5° y 6° EP (ENCERRAR EL GRADO QUE CORRESPONDA)
<p>NOTA: AUTORIZO ASIMISMO A MI HIJO A TRASLADARSE CON GLV S.R.L ACOMPAÑADO DE LOS PROFESORES DE DEPORTES Y EDUCACIÓN FÍSICA QUE CORRESPONDAN, LOS DÍAS SÁBADOS QUE TENGAN EVENTOS ESPECIALES TALES COMO TORNEOS ADE, PARTIDOS DE FÚTBOL, RUGBY, HOCKEY, ETC.</p>	

.....
Firma progenitor / tutor

.....
Aclaración

.....
DNI

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES PUBLICACIÓN DE FOTOS

Autorizo a St. Paul's College, durante **todo** el ciclo 2025, a publicar fotos/filmaciones en las que aparezca mi hijo/a de año, sin dar su identidad en los siguientes medios:

En la WEB/INSTAGRAM <input type="checkbox"/>	En publicaciones impresas ANUARIO U OTRO MEDIO <input type="checkbox"/>	En la aplicación de comunicación FIDU <input type="checkbox"/>
<i>Por favor marque con una cruz lo que corresponda.</i>		

.....
Firma progenitor / tutor

.....
Aclaración

.....
DNI

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICA Y SIMULACRO DE EVACUACIÓN

Autorizo a mi hijo/a de.....sala/año, a participar de PRÁCTICAS Y SIMULACROS DE EVACUACIÓN, a realizarse durante **todo** el ciclo lectivo 2025, de acuerdo a la ley 2012 del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

.....

Firma progenitor / tutor

.....

Aclaración

.....

DNI

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



ATENCIÓN: SOLO PARA PRIMER GRADO

AUTORIZACIÓN PARA APLICAR REPELENTE

Autorizo a **St Paul's College** a aplicar repelente a mi hijo/a

de año del nivel primario.

Declaro que mi hijo/a no es alérgico/a a repelentes de mosquitos.

Lugar y fecha

.....
Firma progenitor/tutor

.....
Aclaración

.....
DNI