
ANEXOS
Middle & Senior
School
2025

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: Ciclo Básico Ciclo Superior Aula de Fortalecimiento Escuela Profesional Secundaria

Orientación: _____ Año: 1 2 3 4 5 6 7

Turno solicitado: Mañana Tarde Vespertino Noche

Jornada: Simple Extendida Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

Ingresante al Nivel Promovida / Promovido Reinscripta / Reinscripto Repitente

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: _____

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°: _____ Describa 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: _____

Aclaración: _____

Fecha de inscripción: _____ / _____ / _____

Firma Directora o Director: _____

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

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos y nombres: Año: Fecha de nacimiento: / / DNI: Edad: Domicilio: Teléfono: 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: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div>	
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: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div>	
FIRMA DEL PROGENITOR 2	ACLARACIÓN

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

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

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

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y/O QUIRURGICOS		
Apellidos y nombres: Año: 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"/>

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. Así mismo, lo/la autorizo a trasladarse con el transporte que el Colegio haya contratado para tal fin.

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:

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, y así mantener la información pertinente actualizada

Esta ficha debe ser entregada en la recepción hasta el 147/02/25



CERTIFICADO DE APTITUD ESCOLAR 2025

EXAMEN OFTALMOLOGICO:

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

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN CARDIOLOGICO:

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

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN AUDITIVO:

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

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN ODONTOLOGICO:

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

.....
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 PADRE/MADRE/ TUTOR

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

AUTORIZACIONES

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES PARA RETIROS Y SALIDAS DEL ESTABLECIMIENTO



PARA SER COMPLETADO SOLAMENTE EN CASO EN QUE LOS ALUMNOS SE RETIEN SOLOS O CON OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN SUS PROGENITORES.

LOS ALUMNOS SE RETIRARÁN POR SUS PROPIOS MEDIOS AL MEDIODÍA O/Y AL FINALIZAR LA JORNADA ESCOLAR.

Mi hijo/a..... de..... año está autorizado a retirarse del Colegio durante **todo** el año lectivo 2025 de acuerdo a lo detallado a continuación.

AUTORIZACIÓN SALIDAS

SE RETIRA SOLO <i>Marcar la opción elegida con una X</i>			
AL MEDIODÍA L, Mi, V: 12:15 hs. Mar y J: 12:25 hs.		AL TERMINO DE LA JORNADA L a V: 16:20hs.	
SI	NO	SI	NO
SE RETIRA CON: (Lista de personas autorizadas) Nombre Apellido y DNI		SE RETIRA CON: (Lista de personas autorizadas) Nombre Apellido y DNI	

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

Firma progenitor/ Tutor Firma progenitor / Tutor

Aclaración: Aclaración:

DNI: DNI:

AUTORIZACIONES

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES PARA SALIDAS A DEPORTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

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
NOTA: AUTORIZO ASIMISMO A MI HIJO A TRASLADARSE CON GLV S.R.L ACOMPAÑADO DE LOS PROFESORES DE DEPORTES Y DE EDUCACIÓN FÍSICA QUE CORRESPONDAN, LOS DÍAS SÁBADOS QUE TENGAN EVENTOS ESPECIALES TALES COMO TORNEOS ADE, PARTIDOS DE FÚTBOL, RUGBY, HOCKEY, ETC.	

.....

Firma progenitor / tutor

.....

Aclaración

.....

Firma progenitor / tutor

.....

Aclaración

AUTORIZACIONES

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES PARA SALIDAS AL HURLING CLUB



Mi hijo/a está autorizado a trasladarse del Colegio hasta el Hurling Club (Av. Vergara 5415) en el horario habitual de clases utilizando el servicio de traslado que el colegio contrate, durante **todo** el ciclo lectivo 2025, para la realización de actividades pedagógicas, recreativas, de vinculación y convivencias.

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A	AÑO

.....
Firma progenitor / tutor

.....
Aclaración

.....
Firma progenitor / tutor

.....
Aclaración

AUTORIZACIONES

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIONES PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS Y FILMACIONES

Autorizo a **St. Paul's College**, durante **todo** el ciclo lectivo 2025, a publicar fotos y filmaciones en las que aparezca mi hijo/a..... deaño, sin dar su identidad, en los siguientes medios: Fidu, Web/Instagram y publicaciones impresas.

ACEPTO LAS PUBLICACIONES

Por favor, marque con una cruz **lo que corresponda**.

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"/>
---	--	--

Lugar y fecha:

.....
Firma progenitor / tutor

.....
Aclaración

AUTORIZACIONES

Por favor, imprimir los anexos en simple faz.



AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICA Y SIMULACRO DE EVACUACIÓN

Autorizo a mi hijo/a de 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:

ANEXO III

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA ACTIVIDADES DURANTE EL CICLO LECTIVO SALIDA EDUCATIVA/ REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL PARA ESTUDIANTES CON MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD

Por la presente autorizo a
DNI..... estudiante de Año, sección.....a participar
de las Salidas Educativas o de Representación Institucional que se lleven a cabo en el
barrio o área geográfica inmediata o próxima al establecimiento educativo, sin
necesidad de utilizar un medio de transporte, en el marco de la normativa vigente.

La presente autorización es válida para actividades académicas, deportivas, culturales
o comunitarias que se realicen durante el actual ciclo lectivo.

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

Firma, aclaración y DNI (madre, padre o adulto responsable):

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

Aclaración: El presente anexo se debe completar y firmar por única vez; tendrá
validez para cada ocasión en la que se requiera durante el presente ciclo lectivo y será
archivado en el Legajo de cada Estudiante.

El mismo puede ser completado de forma digital, pero debe ser impreso y llevar la
firma original del adulto responsable.