



DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR - ALUMNOS DE PRIMER AÑO

- **Acta de Nacimiento** (fotocopia autenticada). Si proviene de otra provincia deberá ser legalizada.
- **Fotocopia del DNI** (1° y 2° hoja) con domicilio actualizado.
- **Informe de Evaluación Formativa (IEF) de Sexto Grado.**
- **Informe de Progreso Escolar (IPE) de Sexto Grado.**
- **Grupo sanguíneo.** Emitido por laboratorio.
- **Certificado de buena salud extendido por el médico, donde conste no haber padecido enfermedades transmisibles.**
- **Carnet de vacunación** (Fotocopia).
- **Certificado Único de Salud (C.U.S).** Completar por cada especialidad médica (al frente del mismo y luego firmar la mamá, papá o tutor). El mismo se mantendrá hasta el sexto año, teniendo que ser renovada al dorso, desde 2do año. **Se adjunta planilla.**
- **Informe de Salud Anual (ISA).** Completar y firmar la mamá, papá o tutor. **Se adjunta planilla.**
- **Ficha Individual de Matrícula Ciclo Lectivo 2021.** Completar y firmar la mamá, papá o tutor. **Se adjunta planilla.**
- **Registro de Firmas para el Preceptor Ciclo Lectivo 2021.** Completar y firmar la mamá, papá y tutor. **Se adjunta planilla.**
- 1 carpeta colgante para archivo.

Fecha de entrega de documentación: GRUPO 1: 29/03/2021

GRUPO 2: 05/04/2021

(NO SE RECIBIRÁ LA DOCUMENTACIÓN SI NO ESTÁ COMPLETA)

REGISTRO DE FIRMAS PARA EL PRECEPTOR CICLO LECTIVO 2021

LEGAJO Nº:

Apellido y Nombre del Alumno:

DNI Nº:

Año: División: Turno:

Domicilio:

Barrio: Localidad:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Apellido y Nombre del Padre:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Mail:

Apellido y Nombre de la Madre:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Mail:

Firma del Padre: Aclaración:

Firma de la Madre: Aclaración:

Firma del Tutor/a: Aclaración:

Firma del Alumno/a: Aclaración:

FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA CICLO LECTIVO 2021

Legajo N° :

Apellido y Nombre del Alumno:

DNI N°: Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):.....

Lugar de Nacimiento: Edad:

Nacionalidad: Domicilio:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Apellido y Nombre del Padre:D.N.I.N°:

Profesión: Mail:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Apellido y Nombre de la Madre:D.N.I.N°:

Profesión: Mail:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Apellido y Nombre del Tutor/a:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

CURSO EN QUE SE MATRICULA: ¿REPITE?.....

SI INGRESA A 1º AÑO ESPECIFICAR DE QUÉ ESCUELA PROVIENE:

SI INGRESA CON PASE ESPECIFICAR DE QUÉ ESCUELA PROVIENE:

MATERIAS QUE ADEUDA:

Lugar y Fecha:

Firma del Alumno

Firma del Padre/Madre/Tutor o Guardador(*)

(*Son responsables de los menores no emancipados sus padres vivos. Si alguno de ellos hubiera fallecido **deberá acompañar copia del acta de defunción. Son ambos padres aún cuando fueran no convivientes. Si faltaran ambos padres o fueran incapaces o por cualquier causa hubieran sido privados de su responsabilidad paterna deberá firmar el tutor o guardador designado por juez competente, debiendo acompañar copia de la resolución).**

INFORME DE SALUD ANUAL (I.S.A.)

LEGAJO N°

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer información actualizada del **Estado de Salud** de su hijo/a.

A) DATOS GENERAL

Fecha.....

Apellido y Nombre del Alumno:.....

D.N.I.:.....

Escuela:.....Curso:.....Turno:.....

Edad:.....Sexo:.....Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Obra Social: **SI / NO** Cuál:.....Grupo Sanguíneo.....

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: Cuáles?

Recibe atención médica: **SI / NO**

.....
.....

Toma medicación alguna **SI / NO**

Cuál es?

.....
.....

Padece alguna de estas patologías?: SI / NO (si es SI marcar con una cruz)

Alergias

Cardiovasculares
(arritmia, hipertensión arterial, etc.)

Diabetes

Neurológicas
(convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

Oftalmológica

Auditivas

Asma

C) Sres. Padres / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

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

D) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

D.N.I. N°:.....

Arroyito, marzo de 2021.-

LEGAJO N°:.....

CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../.....

D.N.I. N°:.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

.....

Cirugías:

Cardiovasculares

Trauma c/alt.funcional:

Alérgicos (especif)

Oftalmológicos

Auditivos.....

Diabetes

Chagas

Neurológico

Otras

Asma

Hipertensión

3. CONDICIONES DE RIESGO

.....

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

.....

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

SI NO

Cansancio extremo.....

Falta de aire

Pérdida de conocimiento

Palpitaciones

Precordalgias

Cefaleas.....

Vómitos

Otros.

.....

EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza Visual

Der:.....Izq.....

SI NO

Usa anteojos

Otros

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO.....

.....

EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....

.....

EXAMEN ODONTOLÓGICO.....

.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos.....

Tensión Art

EXÁMEN RESPIRATORIO.....

.....

EXÁMEN ABDOMEN.....

.....

EXÁMEN GENITOURINARIO.....

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....

.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

.....

EXÁMEN NEUROLÓGICO

.....

.....

.....

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y/O

DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

.....

SE RECOMIENDA.....

.....

.....

.....

Hago constar que.....se encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.E. 57 de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.

ESTA DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO
Firma del padre / madre/ Tutor

.....
Firma y sello del Médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)

Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-

Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
Firma del padre/tutor

.....
Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)

Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-

Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
Firma del padre/tutor

.....
Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)

Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-

Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
Firma del padre/tutor

.....
Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)

Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-

Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
Firma del padre/tutor

.....
Firma y sello del médico

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)

Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-

Edad..... Peso..... Talla..... IMC..... Diag..Antropométrico.....

ANTECEDENTES

EXAMEN FISICO

ESTADO DE SALUD Normal Derivado Debe volver

Observaciones / Recomendaciones

Notificado
Firma del padre/tutor

.....
Firma y sello del médico