



ESCUELA COMPLEJO EVANGELICO PILAR
DIEGEP N° 2438

Av. Dr. Honorio Pueyrredón 2795 | (B1631FZK) Villa Rosa ~ PILAR, Pcia. de Bs.As.
Tel.: (0230) 449-8441 | primario@ecep.edu.ar | www.ecep.edu.ar

Información de Salud

Fecha:

1. Datos del Alumno:

Nombres y apellido:

Dirección (calle, N°, Barrio):

Entre calle: y calle:

Celular del Responsable: Otro:

Responsable: DNI:

Correo electrónico del informante:

Si el alumno tiene algún problema de salud

Recurrir a: Institución:

Dirección: Teléfono:

Avisar al médico: Nombre y apellido:

Dirección: Teléfono:

Avisar a familiar: Nombre y apellido:

Teléfono: Celular:

2. Antecedentes de Enfermedad

a. ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO SI ¿Cuál?

b. Durante los últimos tres años fue internado alguna vez? NO SI

¿Por qué?

c. ¿Recibió tratamiento quirúrgico? NO SI Edad: Tipo de cirugía:

d. ¿Presenta alguna limitación física? NO SI Aclaración:

e. Otros problemas de salud:

f. ¿Tiene algún tipo de alergia? NO SI

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe Motivo:

¿Recibe por las alergias tratamiento permanente? NO SI

3. **Vacunas.** Según el calendario de vacunación están Completas Incompletas

4. **¿Posee Obra Social?** NO SI

FIRMAR TAMBIEN ATRAS

Nombre y apellido (padre, madre o encargado)

Firma

Declaración de información personal del Alumno/a y Autorizaciones

1. Datos personales y familiares

Alumno/a: _____ Curso: _____ Turno: _____

Dirección (Calle, Nº, Barrio y Código Postal): _____

Teléfono del padre: _____ Teléfono de la madre: _____

Teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono de contacto: _____

El/la alumno/a convive con (indique parentescos, por ej, padre, hermana, etc): _____

los días: _____

En caso de que sus padres se encuentren separados indique si existen restricciones judiciales (ej. para retiros, etc.): _____

Trabajo del padre. Horario: _____ Rubro: _____

Trabajo de la madre. Horario: _____ Rubro: _____

Religión o creencia espiritual: _____

Asiste a alguna Iglesia: NO SI ¿Cuál? _____

2. Autorización

El que suscribe, el Sr/Sra.: _____

toma conocimiento y autoriza a su hijo/a: _____

a que realice Actividad Física escolar y a ser trasladado al nosocomio más cercano en caso de accidente que así lo requiera.

Firma _____

Aclaración _____

DNI: _____

3. Autorización

Autorizo a mi hijo/a mencionado más arriba a ser fotografiado, filmado o grabado en cualquier evento u oportunidad que se halle en situación de aprendizaje dentro y fuera de la escuela (actos escolares, salidas didácticas, representaciones u otros), para fines pedagógicos.

Firma Notficado: _____

Aclaración _____ DNI: _____

4. Recordamos que:

- Se solicita no comprometer al Portero con pedidos especiales o excepcionales.
- Los/as alumnos/as deberán asistir con su uniforme completo. Consultar en Administración si no recuerdan lo indicado en el Contrato Educativo.
- Ruinas de elementos producidos por el/la alumno/a, deberán abonarse en forma particular.
- Si existiese atraso en las cuotas, o si se faltara en el cumplimiento (tanto de alumnos/as como padres) la escuela se reservará el derecho de admisión. En casos de repitencia de los/as alumnos/as, sólo serán re-inscriptos si hubiere disponibilidad de vacantes, conducta y/o la regularidad en los aranceles (cuotas) lo ameriten de acuerdo a la normativa vigente.
- Por cuaderno de comunicados cada familia recibirá información importante. Es responsabilidad revisarlo día a día.
- Si los alumnos son ingresados o retirados del Establecimiento fuera del horario informado, los padres deberán firmar un cuaderno como registro de esa anomalía y justificarla con certificado médico u otro pertinente.

Fecha de declaración: _____

Firma del Padre
DNI: _____

Firma del Madre
DNI: _____