



Escuela Secundaria de Educación Técnico Profesional
 N° 733 "Benito Owen"
 Chacra N° 175 - Bryn Gwyn
 (9105) Gaiman - Provincia del Chubut
 Teléfonos: (0280) 443 1653 - 15 4696839
 E-mail: agro733@hotmail.com
www.agro733.edu.ar

FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA (CICLO ESCOLAR 2018)

Legajo N°

APELLIDO/S: NOMBRE/S

DNI N° FECHA NACIMIENTO

EDAD LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD DOMICILIO

LOCALIDAD TELÉFONO (FIJO) CELULAR DE LA CASA:

CORREO ELECTRÓNICO (PARA ENVIAR MENSAJES):

MADRE:

APELLIDO/S: NOMBRE/S D.N.I:

NACIONALIDAD: DOMICILIO:

TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO: TEL.....

PADRE:

APELLIDO/S: NOMBRE/S D.N.I:

NACIONALIDAD: DOMICILIO:

TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO: TEL.....

TUTOR: (Completar solo si tiene autorización mediante Juzgado de Paz)

APELLIDO/S: NOMBRE/S D.N.I:

NACIONALIDAD: DOMICILIO:

TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO: TEL.....

NECESITA CERTIFICADO ESCOLARIDAD PARA EL COBRO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR: SI NO

LO PRESENTARÁ: EL PADRE LA MADRE OTRO, Nombre: DNI.....

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE SE PRESENTARÁ:

CURSO EN QUE SE MATRICULA: Tecnicatura:

FECHA/...../.....

.....
 Firma del alumno/a

.....
 Firma del adulto solicitante



Al Sr. Director

De la Escuela Secundaria de Educación Técnico Profesional N° 733:

Por medio de la presente **SI / NO AUTORIZO** (marcar lo que corresponda) **A mi hijo /a :**

Apellidos y Nombres:.....

D.N.I:

A realizar salidas educativas, participar en encuentros, cursos, jornadas, competencias, capacitaciones, entrevistas e invitaciones que surgieran de otras instituciones; dentro del radio de la localidad de Gaiman y zona de chacras **SIEMPRE** acompañados por los docentes de la Institución con previo aviso a las familias y dentro del horario escolar.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACIÓN:.....

LUGAR:.....**FECHA:**.....



Al Sr. Director

De la Escuela Secundaria de Educación Técnico Profesional N° 733:

Por medio de la presente **SI / NO AUTORIZO** (marcar lo que corresponda) al Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio y con fines estrictamente educativos, las imágenes, videos, y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, de **el / la MENOR:**

Apellidos y Nombres:.....

D.N.I:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACIÓN:.....

LUGAR:.....FECHA:.....



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Formulario de Aptitud Física a cumplimentar **por los padres:**

Nombre del Estudiante:.....D.N.I:.....

Domicilio:.....

	SI	NO
Enfermedades Respiratorias (Asma, otras)		
Enfermedad metabólica: (diabetes, otras)		
Celiaquía		
Sarampión (30 días)		
Paperas		
Varicela		
Hepatitis (60 días)		
Cardiopatías Infecciosas		
Cardiopatías congénitas		
Hernias Inguinales		
Proceso Inflamatorio o Infeccioso		
Alérgicos:		
Picaduras de Insectos		
Polvo, polen		
Corticoides		
Penicilina		
Otros:		
Nómbrelos:.....		
OBSERVACIONES:		
¿Toma medicamento/s en forma permanente? SI NO ¿Cuál/es?		
¿Cree necesario dar más información sobre el/los mismo/s?		
A nivel traumatológico, ¿Quisiera volcar alguna información? (fractura, desviaciones, malformaciones).		
Teléfonos útiles donde recurrir ante una emergencia:		
RECOMENDACIONES: EL CONTROL CLÍNICO, OFTALMOLÓGICO, BUCODENTAL , AUDITIVO, PSICOLÓGICO, ETC. QUEDA BAJO LA <u>ABSOLUTA RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA</u> , DANDO A CONOCER A LA INSTITUCIÓN CUALQUIER SINTOMATOLOGÍA QUE CONSIDEREN IMPORTANTE.		

Firma y Aclaración del Padre/Madre

D.N.I:Fecha:



CERTIFICACIÓN DE SALUD

EXAMEN CARDIOLÓGICO:

Certifico que el /la alumno/a.....DNI:.....

SI / NO Se encuentra en **CONDICIONES APTAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS** correspondientes a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Electrocardiograma: **NORMAL SI / NO.** (En caso de no encontrarse en condiciones APTAS, adjuntar certificado que conste la afección, estudios médicos, fecha de inicio y probable término de la misma)

.....

Firma y sello del médico cardiólogo

Lugar y fecha.....,dede 201.....

EXAMEN CLÍNICO:

Certifico que el /la alumno/a.....DNI:.....

Goza de buena Salud.

(En caso de no encontrarse en condiciones APTAS, adjuntar certificado que conste la afección, estudios médicos, fecha de inicio y probable término de la misma)

Grupo Sanguíneo: **Factor:**.....

.....

Firma y sello del médico.