INSTITUTO "CASA de JESÚS" (A-107) de las
Siervas de Jesús Sacramentado
Corrientes 4471 CABA (1195)
4862-5254 4865-4096 4866-0537

Año…….

Queridas familias:

Con el comienzo del horario completo en el Jardín puede que, en algunos casos, se presenten episodios en los que los niños y niñas mojen sus ropas por diferentes razones: accidentes con las bebidas, algún problema en el control de esfínteres, etc.

Durante las primeras reuniones hemos pedido que acerquen mudas de ropa al Jardín para estos casos, sin embargo, para realizar el cambiado de nuestros alumnos es necesario que los padres presten su conformidad a la Institución, por ello, a través de este medio les pedimos que respondan por si o por no a la autorización del cambiado. Aquellos niños y niñas cuyas familias no estén de acuerdo en que las maestras del nivel realicen el cambiado, de ser necesario, serán avisadas a los números de contacto para que algún miembro de la misma se acerque a la escuela a realizarlo.

Desde ya, muchas gracias

Dirección de Nivel Inicial

Autorizamos al personal docente del Nivel Inicial a proceder al cambiado de mi hijo/a …….... de sala ……

Fecha:

Firma de los padres:

Aclaración:

INSTITUTO "CASA de JESÚS" **SALA:……..** de las
Siervas de Jesús Sacramentado Corrientes
4471 Cap. Fed.
4862-5254 4865-4096 4866-0537

A-107

Autorización Plan de Evacuación Año ……..

Estimadas Familias:

Por disposición del GCBA se deben realizar regularmente simulacros de evacuación con todo el alumnado, docente y personal del instituto. Dichos simulacros generalmente **tienen como punto de encuentro final el patio del Colegio. Una vez al año lo realizamos con salida al punto de encuentro externo, el SUPERMERCADO JUMBO** ubicado a una cuadra y media de nuestro colegio, el mismo que hemos elegido ante la eventualidad de tener que dejar las instalaciones por un siniestro real.

Solicitamos, entonces completen y devuelvan al docente de sala esta autorización.

Saludamos a Uds muy atentamente.

Equipo Directivo – Nivel Inicial.

Por medio de la presente autorizo a mi hijo/a…… de sala

……jornada…….., DNI ……. a salir del colegio guiado por las

autoridades ante cualquier situación de evacuación que se produzca debido a una emergencia o Planificación de simulacros,

tal como lo reglamenta la Ley 1346 del Gobierno de la Ciudad.

Nombre y Apellido padres, tutor o encargado:

……

Firma…….. DNI..……..

INSTITUTO CASA de JESÚS
de las
Siervas de Jesús Sacramentado Corrientes 4471 Cap. Fed. 4862-5254 4865-4096 4866-0537
A-107

AÑO ……..

SALA: …….

AUTORIZACION Y CESION DE DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ

En mi carácter de representante legal del menor_____ _____,D.N.I._____autorizo expresamente al instituto Casa de Jesús a utilizar cualquier medio de registración y uso de fotografías e imágenes del mencionado menor y/o a filmarlo, grabar su voz, sonidos, conversaciones y/o testimonios, etc., pudiendo publicar las fotos, y trabajos de sus hijos, en folletos escolares, páginas Web, videos de actividades de sala para reuniones de padres, actos o evento relacionado directa y/o indirectamente con las actividades que sean el objeto del INSTITUTO CASA DE JESÚS (A-107). Todo ello, en el entendimiento de que no se vulnera en lo absoluto la privacidad del menor y/o de sus familiares. En tal sentido, cedo en este acto en forma gratuita e irrevocable a favor del INSTITUTO CASA DE JESÚS (A-107) sus derechos de imagen, y voz para el uso libre e ilimitado en todos los medios de comunicación existentes y/o que se creen en el futuro, incluyendo Internet, sin obligación de pago o contraprestación alguna. Se reconoce expresamente, asimismo, que el material que se obtenga es de propiedad del INSTITUTO CASA DE JESÚS (A-107), y que la presente cesión no caducará en el tiempo, por lo que todas aquellas fotografías; imágenes o sonidos de cualquier tipo obtenidas podrán ser utilizadas en cualquier momento, siempre que lo sean para el fin y con las limitaciones indicadas precedentemente. ---

En Buenos Aires, a los …….de 20.., leídas detenidamente; comprendidas y analizadas las condiciones establecidas precedentemente, la firma de conformidad del presente constituye una cabal e incondicional aceptación a su contenido.

Firma del padre: _____DNI_____
Aclaración: _____

Firma de la madre: _____DNI_____
Aclaración: _____

INSTITUTO "CASA de JESÚS"
de las
Siervas de Jesús Sacramentado
Corrientes 4471 Cap. Fed.
4862-5254 4865-4096 4866-0537
A-107

INICIAL – 20.....
FICHA DE DATOS DEL ALUMNO

Datos del alumno

Año de ingreso a la Institución ……. ……..
Sala: .....
Apellido y nombre ……. D.N.I. …….
Nacionalidad ……. Fecha de nacimiento……..
Provincia …….. Localidad…….....
Domicilio ……CP:……Teléfono……...
Teléfonos alternativos: .....

Datos del Padre / tutor

Apellido y Nombre …….
DNI: Tipo y Número ……...……. Nacionalidad …….....
Fecha de Nacimiento:…….. Profesión ……...
Domicilio……Tel: …….
Celular: ……. Correo electrónico:…….....
Lugar de Trabajo ……. Teléfono ……...

Datos de la Madre / Tutora

Apellido y Nombre …….
DNI: Tipo y Número ……...……. Nacionalidad ……..... ..
Fecha de Nacimiento …….. Profesión ……...
Domicilio……Tel: …….
Celular: ……. Correo electrónico:…….....
Lugar de Trabajo ……. Teléfono ……...

Firma del Padre/ Tutor ……
Aclaración……..

Firma de la Madre/ Tutora ……
Aclaración……

NOTA: **Esta ficha será llenada por el interesado o su tutor y, una vez firmada, se presentará a MAESTRA DE SALA o DIRECTORA DE NIVEL INICIAL.**

Escribirá con precisión todos los nombres, de acuerdo con la partida de nacimiento, no aceptándose iniciales.

El tutor es responsable de la exactitud de los datos consignados en la presente ficha, debiendo informar a secretaría los cambios que se produjeren con posterioridad.

INSTITUTO "CASA de JESÚS"
de las
Siervas de Jesús Sacramentado
Corrientes 4471 Cap. Fed.
4862-5254 4865-4096 4866-0537
A-107

INICIAL
FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

Datos del alumno

Año de Ingreso …… ……..Grado: .....
Apellido y nombre ……. D.N.I. …….
Nacionalidad ……. Fecha de nacimiento……..
Provincia …….. Localidad…….....
Domicilio ……CP:……Teléfono……...
Teléfonos alternativos: .....

Datos del Padre / tutor

Apellido y Nombre …….
DNI: Tipo y Número ……...……. Nacionalidad …….....
Fecha de Nacimiento:…….. Profesión ……...
Domicilio……Tel: …….
Celular: ……. Correo electrónico:…….....
Lugar de Trabajo ……. Teléfono ……...

Datos de la Madre / Tutora

Apellido y Nombre …….
DNI: Tipo y Número ……...……. Nacionalidad ……..... ..
Fecha de Nacimiento …….. Profesión ……...
Domicilio……Tel: …….
Celular: ……. Correo electrónico:…….....
Lugar de Trabajo ……. Teléfono ……...

Firma del Padre/ Tutor ……
Aclaración……..

Firma de la Madre/ Tutora ……
Aclaración……

<u>NOTA:</u> Esta ficha será llenada por el interesado o su tutor y, una vez firmada, se presentará a Secretaría.

Escribirá con precisión todos los nombres, de acuerdo con la partida de nacimiento, no aceptándose iniciales.

El tutor es responsable de la exactitud de los datos consignados en la presente ficha, debiendo informar a secretaría los cambios que se produjeren con posterioridad.

NIVEL INICIAL

INSTITUTO CASA de JESÚS A-107
Av. Corrientes 4471 (1195) Ciudad Aut. de Bs. As
TEL.: 4862-5254 /4865-4096 E-MAIL: CASADEJESUS@FIBERTEL.COM.AR

Ficha Médica Certificado de Salud

- Debe ser entregada al docente el 1° día de clase con fecha 2023
- **Aquellos alumnos que no presenten esta certificación no podrán realizar la actividad hasta su presentación.**

Datos Particulares

Apellido y Nombre: _____

LE / LC / DNI / CI:_____Edad:_____

Domicilio:_____

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre:_____Tel.:_____Cel.:_____

Nombre:_____Tel.:_____Cel.:_____

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál?_____Nº Carnet:_____Nº a Llamar: _____

Sr. Médico:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia y para la práctica de Educación Física y de actividad deportiva.

Ficha Médica

Datos Básicos y Fundamentales:

Grupo Sanguíneo:_____ Factor Rh:_____ Peso:_____kg Talla:_____m

Ha tenido o tiene ahora (indique con una X):					
Alteraciones en las articulaciones o columna		Fiebre reumática		Parotiditis	
Asma bronquial		Hepatitis (tipo)…….		Procesos inflamatorios	
Bronquitis		Hernias		Reumatismo	
Celíaco		Hipertensión arterial		Sarampión	
Convulsiones		Meningitis		Sinusitis	
Diabetes		Mononucleosis infecciosa		Tos convulsiva	
Dolor de cabeza severo		Otitis		Tuberculosis	
Enfermedades cardíacas		Paperas		Úlcera gastroduodenal	
Epilepsia		Problemas emocionales		Varicela	
Escarlatina		Problemas neurológicos		Vértigos o mareos	
Lesiones deportivas (detallar)					
Otra enfermedad seria:					

	Si/No	Fecha		Si/No	Fecha
Apendicetomía			Transfusiones		
Traumatismos cráneo			Traumatismos columna		
Fracturas					
Otro accidente importante:					
Otra operación seria:					

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?			
Ojos, nariz o garganta		Tórax, pulmones, corazón	
Cabeza, cuello		Abdomen, estómago, intestinos	
Sistema genético – urinario		Músculos, huesos	
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos		Piel	
Si su contestación es afirmativa, explique			

Presenta reacción alérgica a			
Suero		Drogas	
Alimentos		Otros	
Si su contestación es afirmativa dé el nombre y el tipo de reacción:			

Vacunas (indicar fecha de la última dosis aplicada)			
Sabin		BCG	
Doble		Antitetánica	
Triple		Rubéola	
Sarampionosa			

CONTROL OFTALMOLOGICO	¿Usa lentes? SI - NO

CONTROL BUCODENTAL	¿Adjunta certificado? SI - NO

¿Toma alguna medicación en forma regular?: _____
¿Cuál?:_____¿En que dosis?: _____

¿Padece enfermedades Infecto contagiosas?: _____
¿Cuál?: _____

Indique incapacidades físicas: _____

SI ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:
DIAGNÓSTICO:_____ MEDICAMENTO:_____DOSIS:_____ OBSERVACIONES: _____

Certificado de Salud

C.A.B.A.,…….

Certifico haber examinado a ……...……. DNI:……
quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde a su edad.
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Casa de Jesús (A-107)

_____ Firma del Profesional

_____ Sello Aclaratorio y Nº de Matrícula

_____ Firma de Padre, Madre o Tutor

_____ Aclaración

- **SE DEBE ADJUNTAR CERTIFICADO BUCODENTAL, OFTALMOLOGICO Y CARNET DE VACUNACIÓN (SOLO 1° GRADO Y ALUMNOS QUE INGRESAN POR PRIMERA VEZ A LA INSTITUCIÓN).**
- **Medicamentos: Les transcribimos la normativa que nos hizo llegar Sanidad Educativa con respecto a este tema: "La administración de medicamentos a un menor, queda bajo la absoluta responsabilidad de los Sres. Padres, Tutores o Encargados de guarda bajo decisión de juez competente, no debiendo, ni pudiendo ser delegado a terceros, llegando a incurrir en negligencia culposa quien delegare o aceptare esa responsabilidad, cuando de ella se desprendiere una falla que atentare contra la integridad del menor. Serán los padres quienes deban concurrir a administrar la medicación a su hijo, en caso que ésta fuera imprescindible de efectuarse en horario escolar, debiendo la autoridad educativa facilitarle el ámbito y los medios físicos para que la misma pueda administrarse**

INSTITUTO CASA de JESÚS
de las
Siervas de Jesús Sacramentado
Corrientes 4471 Cap. Fed.
4862-5254 4865-4096 4866-0537
A-107

RETIRO DE LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO
NIVEL INICIAL

Sala…… **Maestra**……..

Alumno……..
Domicilio……..... Teléfono…….
Nombre del Padre…… Celular……
Nombre de la Madre…… Celular……

Autorizo a mi hija/o a retirarse del Instituto, durante todo el año:

En transporte escolar SI NO **Días……**

Con otras personas SI NO **Días……**

Personas autorizadas a retirar a los alumnos en los horarios de salida, y eventualmente, dentro del horario escolar:

- Apellido y Nombre: …….
  DNI: …… TEL:…… Celular:……
- Apellido y Nombre: …….
  DNI: …… TEL:…… Celular:……
- Apellido y Nombre: …….
  DNI: …… TEL:…… Celular:……

Si desea precisar algo más, hágalo por favor:
……
……
……

Firma del Padre / Tutor……...
Aclaración……..Fecha…….....

Firma de la Madre / Tutora……
Aclaración……..Fecha…….....