

Instituto Ceferino Namuncurá

Ficha Personal. Nivel Secundario - DIEGEP N° 4927 - Tres de Febrero

E-mail de consultas: icn.secundario@gmail.com

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellido y Nombres:

Seleccione el nivel del alumno/a

Primario Secundario

Curso

1º Año 4º Año

2º Año 5º Año

3º Año 6º Año

DNI:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

Calle, número y localidad

Teléfono:

e-mail:

De no poseer cuenta de e-mail dejar registrada alguna donde pueda recibir tareas

Cantidad de hermanos

0 3 6

1 4

2 5

Cantidad de hermanos que estudian en el Instituto:

0 3

1 4

2

DATOS DE LA MADRE

Apellido y Nombres:

DNI:

Nacionalidad:

Domicilio:

Calle, número y localidad

e-mail

Es importante dejar registro de alguna dirección de e-mail para poder ser utilizada, en caso de ser necesario, como medio de difusión hacia las familias.

Ocupación:

Tel. celular:

Tel. particular:

Tel. laboral:

DATOS DEL PADRE

Apellido y Nombres:

DNI:

Nacionalidad:

Domicilio:

Calle, número y localidad

e-mail

Es importante dejar registro de alguna dirección de e-mail para poder ser utilizada, en caso de ser necesario, como medio de difusión hacia las familias.

Ocupación:

Tel. celular:

Tel. particular:

Tel. laboral:

DATOS DEL TUTOR

Apellido y Nombres:

DNI:

Nacionalidad:

Domicilio:

Calle, número y localidad

e-mail

Es importante dejar registro de alguna dirección de e-mail para poder ser utilizada, en caso de ser necesario, como medio de difusión hacia las familias.

Ocupación:

Tel. celular:

Tel. particular:

Tel. laboral:

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social:

Nro. de afiliado:

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

SI NO

En caso afirmativo indicar cual:

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI NO

En caso afirmativo indicar el motivo:

¿Tiene algún tipo de alergia?

SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a:

¿Recibe tratamientos médicos?

SI NO

Especifique los tratamientos

¿Presenta alguna limitación física?

SI NO

¿Otro problema de salud?

Autorizo como padre, madre, o tutor a mi hijo a realizar las actividades de educación física en casa, enviadas por los docentes de la materia durante el periodo del plan de contingencia pedagógica.

SI NO

Firma/Aclaración: