

FICHA DEL ALUMNO – CICLO LECTIVO 2024

CursoDivisión.....

Apellido/s y nombre/s del alumno/a:

Lugar y fecha de Nacimiento: Nacionalidad: DNI:

Domicilio: Localidad:

Tel Particular..... Correo electrónico:.....

Nombre y Apellido del padre: Ex alumno: SI NO

Nac.: Ocupación: DNI:

Tel. cel.: Correo electrónico:

Nombre y Apellido de la madre: Ex alumno: SI NO

Nac.: Ocupación: DNI:

Tel. cel.: Correo electrónico:

Otras personas autorizadas para el retiro

Nombre y Apellido: Parentesco: Tel. cel.:

Nombre y Apellido: Parentesco: Tel. cel.:

Firma del responsable:

Padre – Madre – Tutor (tachar lo que no corresponda)

Autorizo al personal del Instituto Euskal-Echea a que, en caso de emergencia médica mi hijo/a sea atendido/a por el servicio contratado a tal efecto y ser trasladado al centro asistencial más cercano al Instituto.

1. Alumno/a Año y Div.
2. Obra Social o Prepaga y Nº de afiliado
3. Teléfono de emergencia de la Obra Social o Prepaga
4. Es alérgico/a **NO SÍ** Aclare
5. Necesita atención diferenciada **NO SÍ**
Aclare
6. Enfermedades crónicas de manifestaciones reiteradas y/o de largo tratamiento **NO SÍ**
Aclare
7. Si se le suministra medicación habitualmente indique cuál y la causa
.....
8. Grupo sanguíneo:
9. Persona/s a quien contactar en caso de emergencia:

Nombre y Apellido: Tel. cel.: Tel. cel.:

Nombre y Apellido: Tel. cel.: Tel. cel.:

Si ha contestado afirmativamente a los puntos 4, 5, 6 y 7 se solicita adjuntar certificado de un profesional y medidas a tomar en caso de presentarse una emergencia.

Firma del responsable: Fecha:

Padre – Madre – Tutor (tachar lo que no corresponda)