

ESTUDIANTE

APELLIDO y NOMBRE: _____

DNI: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

ADULTO RESPONSABLE 1

APELLIDO y NOMBRE: _____

DNI: _____

VÍNCULO CON ESTUDIANTE: madre - padre - tutor - otro (circular el correspondiente)

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

OCUPACIÓN: _____

CELULAR: _____

OTRO TELÉFONO DE CONTACTO: _____

MAIL: _____

ADULTO RESPONSABLE 2

APELLIDO y NOMBRE: _____

DNI: _____

VÍNCULO CON ESTUDIANTE: madre - padre - tutor - otro (circular el correspondiente)

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

OCUPACIÓN: _____

CELULAR: _____

OTRO TELÉFONO DE CONTACTO: _____

MAIL: _____

FECHA:

FIRMA ADULTO RESPONSABLE:

ACLARACIÓN DE FIRMA:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El adulto responsable se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Padece o ha padecido alguna/s de las siguientes condiciones de salud (marcar SI o NO)

*Asma/broncoespasmos	SI-NO
*Celiaquía	SI-NO
*Problemas/condiciones cardíacas	SI-NO
*Diabetes	SI-NO
*Presión arterial elevada	SI-NO
*Convulsiones	SI-NO
*Migrañas/cefaleas	SI-NO
*Alteraciones sanguíneas	SI-NO
*Falta o no funcionamiento de un órgano	SI-NO
*Enfermedad oncohematológica	SI-NO
*Inmunodeficiencias por enfermedad o medicamentos	SI-NO
*Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentos	SI-NO
*Desmayos	SI-NO
*Mareos	SI-NO
*Quemaduras	SI-NO
*Problemas de piel	SI-NO
*Alergias	SI-NO

En caso afirmativo, especificar de qué tipo:

*Tuvo alguna internación SI-NO

En caso afirmativo, especificar causa/diagnóstico:

*Recibe medicación de manera habitual: SI-NO

En caso afirmativo, especificar cuál:

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL ESTUDIANTE DE LA INSTITUCIÓN

*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____
*Apellido y nombre: _____	DNI: _____

FECHA:

FIRMA ADULTO RESPONSABLE:

ACLARACIÓN DE FIRMA:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El adulto responsable se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

