



Provincia de Santa Fe
Ministerio de
Educación

Escuela Normal Superior y Superior de
Comercio N° 46

Domingo Guzmán Silva

4 de Enero 2806 – Tel. (0342)-4572912
(S3000FIN) - Santa Fe - Argentina



TURNO NOCHE

CICLO LECTIVO:

FICHA DE DATOS PERSONALES

INSCRIPCIÓN AÑO

NOMBRE Y APELLIDO
DEL/LA ESTUDIANTE

DNI

Practica deporte: Si No

¿Cuál?:

Club:

Reservado para Secretaría

Fotocopia DNI		Certificado salud	
Certificado 7mo		Buco-dental	
2 fotos 4x4 (actualizada)		Fotocopia carnet vacunas	
Carpeta archivo de cartulina Oficio con 3 solapas sin elásticos, broches o elementos de sujeción.		Pase/certif.est.incompletos	

Colaboración Cooperadora: _____



SANTA FE

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - SIGAE WEB
CONSTANCIA

SE HACE CONSTAR QUE HA SOLICITADO INSCRIPCIÓN
A
A PEDIDO DEL INTERESADO SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA A LOS DÍAS DEL MES DE
..... DE

SELLO

.....
FIRMA AUTORIZADO

DATOS ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

NOMBRE **Escuela Normal Superior y Superior de comercio Nro.46
"Domingo Guzman Silva"** NIVEL (*)

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

AÑO DE ESTUDIO (*) CICLO LECTIVO FECHA DE INSCRIPCIÓN REPITENTE (*) SI NO

DATOS DEL/DE LA ALUMNO/ALUMNA

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S, NOMBRE/S (*) FECHA DE NACIMIENTO (*)

TIPO Y N° DE DOC (*) SEXO (*) M F X NACIONALIDAD (*)

LOCALIDAD DE NACIMIENTO (*) PAÍS DE NACIMIENTO (*)

ESTADO CIVIL (*) PUEBLO ORIGINARIO (*) (6) SI NO ETNIA (A)

COMUNIDAD / REFERENTE (B)

DOMICILIO

CALLE (*) N° (*) PISO DEPTO

MANZANA MONOBLOCK BARRIO LOCALIDAD (*)

TELÉFONO (*) E-MAIL (*)

DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD (*) SI NO CUD SI NO FECHA DE VENCIMIENTO/...../.....

TIPO DE DISCAPACIDAD (2)

INTEGRACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL FECHA DE INICIO

OCUPACIONES

OCUPACIÓN (*) (4)

EN ACTIVIDAD

DATOS DEL/DE LA PADRE/MADRE

La información será empleada para la generación de accesos de usuarios al nuevo Sistema de Gestión de Trayectoria Educativa.

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S, NOMBRE/S (*) FECHA DE NACIMIENTO (*)

TIPO Y N° DE DOC (*) SEXO (*) M F X NACIONALIDAD (*)

LOCALIDAD DE NACIMIENTO (*) PAÍS DE NACIMIENTO (*)

ESTADO CIVIL (*) PUEBLO ORIGINARIO (*) (6) SI NO ETNIA (A)

COMUNIDAD / REFERENTE (B)

FALLECIDO SI NO FECHA MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN (*) (3)

DOMICILIO

CALLE (*) N° (*) PISO DEPTO

MANZANA MONOBLOCK BARRIO LOCALIDAD (*)

TELÉFONO E-MAIL (*)

OCUPACIONES

OCUPACIÓN (*) (4)

CALLE N° LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO HORARIO

EN ACTIVIDAD JUBILADO PENSIONADO CONTRIBUTIVO PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO



DATOS DEL/DE LA PADRE/MADRE

La información será empleada para la generación de accesos de usuarios al nuevo Sistema de Gestión de Trayectoria Educativa.

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S, NOMBRE/S (*)		FECHA DE NACIMIENTO (*)	
TIPO Y N° DE DOC (*)	SEXO (*) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	NACIONALIDAD (*)	
LOCALIDAD DE NACIMIENTO (*)		PAÍS DE NACIMIENTO (*)	
ESTADO CIVIL (*)	PUEBLO ORIGINARIO (*) (6) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ETNIA (A)	
	COMUNIDAD / REFERENTE (B)		
FALLECIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA	MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN (*) (3)	

DOMICILIO

CALLE (*)		N° (*)	PISO	DEPTO
MANZANA	MONOBLOCK	BARRIO		LOCALIDAD (*)
TELÉFONO (*)		E-MAIL (*)		

OCUPACIONES

OCUPACIÓN (*) (4)			
CALLE		N°	LOCALIDAD
TELÉFONO FIJO		HORARIO	
<input type="checkbox"/> EN ACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> JUBILADO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO CONTRIBUTIVO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO

DATOS DEL TUTOR U OTRO CONVIVIENTE

La información será empleada para la generación de accesos de usuarios al nuevo Sistema de Gestión de Trayectoria Educativa.

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S, NOMBRE/S (*)		FECHA DE NACIMIENTO (*)	
TIPO Y N° DE DOC (*)	SEXO (*) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	NACIONALIDAD (*)	
LOCALIDAD DE NACIMIENTO (*)		PAÍS DE NACIMIENTO (*)	
ESTADO CIVIL (*)	PUEBLO ORIGINARIO (*) (6) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ETNIA (A)	
TUTOR <input type="checkbox"/>	ENCARGADO <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD / REFERENTE (B)	
PARENTESCO (*)		MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN (*) (3)	

DOMICILIO

CALLE (*)		N° (*)	PISO	DEPTO
MANZANA	MONOBLOCK	BARRIO		LOCALIDAD (*)
TELÉFONO		E-MAIL (*)		

OCUPACIÓN

OCUPACIÓN (*) (4)			
CALLE		N°	LOCALIDAD
TELÉFONO FIJO		HORARIO	
<input type="checkbox"/> EN ACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> JUBILADO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO CONTRIBUTIVO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO

Los datos de contacto revisten carácter confidencial y serán utilizados para favorecer la comunicación entre el Ministerio de Educación de Santa Fe y las familias de los estudiantes.

OTROS DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

CON ATENCIÓN HOSPITALARIA/DOMIC. DURANTE ESTA INSCRIPCIÓN SI NO MENOR JUDICIALIZADO SI NO
CON ATENCIÓN HOSPITALARIA/DOMIC. DURANTE AÑO ANTERIOR SI NO PROVIENE DE ÁMBITO RURAL SI NO
POSEE RÉGIMEN DE INTERNADO EN EL ESTABLECIMIENTO SI NO CURSÓ SALA DE 5 SI NO
POSEE RÉGIMEN DE INTERNADO FUERA DEL ESTABLECIMIENTO SI NO
ALUMNO EN CONTEXTO DE ENCIERRO SI NO Centro de detención del que proviene:

REGRESO AL SISTEMA EDUCATIVO

INFORMACIÓN A REGISTRAR EN LOS CASOS DEL REGRESO DE ESTUDIANTES CON VULNERABILIDAD ECONÓMICA QUE RETOMEN LA ESCOLARIDAD A PARTIR DEL CONOCIMIENTO O EL ACCESO A PLANES O PROGRAMAS DESTINADOS A TAL FIN, COMO ASÍ TAMBIÉN POR DECISIÓN PROPIA.

NO CORRESPONDE

VOLVER A ESTUDIAR COMENTARIOS ACOMP. DEL EQUIPO SOCIO EDUCATIVO

OTROS PROGRAMAS EGRESAR PROGRESAR FINES/ FINES TEC NUEVA OPORTUNIDAD

OTROS POR COBRO DE AUH POR DECISIÓN PROPIA POR DECISIÓN FAMILIAR
 POR EL ACCESO BECAS POR NECESIDADES DE CAMBIO DE ESCUELA

PROCEDENCIA

INSTITUCIÓN MOTIVO (5)

OBSERVACIONES

El/La firmante: madre/padre/adulto/a responsable del/la estudiante al cual pertenece la presente ficha de inscripción, declara conocer y manifiesta su conformidad con:

- * El **ACUERDO DE CONVIVENCIA** de la escuela.
- * La responsabilidad de mantener los **DATOS PERSONALES ACTUALIZADOS**.
- * La utilización de sus datos de contacto para la **ADHESIÓN DE LIBRETA DIGITAL** del/la estudiante y envío de información institucional.

Además, **autoriza/no autoriza** la divulgación de imágenes del/la estudiante para uso pedagógico en actividades escolares y del “hacer educativo”.

OBSERVACIONES:

FIRMA DE LA MADRE/PADRE/ADULTO

RESPONSABLE.....

ACLARACIÓN.....

DNI.....

FECHA.....

Escuela Normal Superior y Superior de Comercio N° 46 "Domingo Guzmán Silva"

EDUCACIÓN FÍSICA

Datos Personales del Deportista		
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	N° Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:	D.N.I.:	
Domicilio:	Tel. de Contacto:	

Para ser completado por el médico		
Historia Clínica (*)		
Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.		

<input type="checkbox"/> 1 Enfermedades Congénitas	<input type="checkbox"/> 18 Papeas	<input type="checkbox"/> 35 Enfermedades de la Sangre
<input type="checkbox"/> 2 Traumatismos	<input type="checkbox"/> 19 Sarampión	<input type="checkbox"/> 36 Enfermedades de Ganglios
<input type="checkbox"/> 3 Operaciones	<input type="checkbox"/> 20 Enfermedades Digestivas	<input type="checkbox"/> 37 Enfermedades de la Vista
<input type="checkbox"/> 4 Golpes Fuertes	<input type="checkbox"/> 21 Hepatitis - Enf. del Hígado	<input type="checkbox"/> 38 Enfermedades Glandulares
<input type="checkbox"/> 5 Lesiones Articulares	<input type="checkbox"/> 22 Enfermedades Renales	<input type="checkbox"/> 39 Intervenciones Quirúrgicas
<input type="checkbox"/> 6 Fracturas - Esguinces	<input type="checkbox"/> 23 Infecciones Urinarias	<input type="checkbox"/> 40 Heridas
<input type="checkbox"/> 7 Enfermedades de los Huesos	<input type="checkbox"/> 24 Enfermedades de Genitales	<input type="checkbox"/> 41 Enfermedades de la Piel
<input type="checkbox"/> 8 Enfermedades Musculares	<input type="checkbox"/> 25 Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/> 42 Enfermedades Auditivas
<input type="checkbox"/> 9 Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> 26 Dolores de Cabeza - Mareos	<input type="checkbox"/> 43 Infecciones Crónicas
<input type="checkbox"/> 10 Artritis - Artrosis	<input type="checkbox"/> 27 Convulsiones - Epilepsia	<input type="checkbox"/> 44 Psoriasis
<input type="checkbox"/> 11 Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> 28 Pérdida de Conocimiento	<input type="checkbox"/> 45 Consume Alcohol
<input type="checkbox"/> 12 Enfermedades Articulares	<input type="checkbox"/> 29 Deshidratación	<input type="checkbox"/> 46 Consume Tabaco
<input type="checkbox"/> 13 Sinusitis - Otitis - Anginas	<input type="checkbox"/> 30 Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/> 47 Enf. de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/> 14 Asma	<input type="checkbox"/> 31 Diabetes	<input type="checkbox"/> 48 Recibió Transfusiones
<input type="checkbox"/> 15 Neumonía - Bronconeumonía	<input type="checkbox"/> 32 Chagas	<input type="checkbox"/> 49 Recibió Hemodiálisis
<input type="checkbox"/> 16 Varicela	<input type="checkbox"/> 33 Soplos del Corazón	<input type="checkbox"/> 50 Hipertensión Arterial
<input type="checkbox"/> 17 Rubéola	<input type="checkbox"/> 34 Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/> 51 Toma Medicación

Es Alérgico a:	Calendario de Vacunación Completo
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Comidas	<input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
	52 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional	E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)	Peso
Frecuencia Cardíaca Basal		<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal		Altura
Tensión Arterial Basal		Talla Sentado <input type="text"/>
		<small>Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto</small>

Evaluación Clínica (*)		
<input type="checkbox"/> 53 Cabeza y Cuello	<input type="checkbox"/> 57 Boca y Faringe	<input type="checkbox"/> 61 Abdomen
<input type="checkbox"/> 54 Ojos	<input type="checkbox"/> 58 Nariz y Pulmones	<input type="checkbox"/> 62 Columna Vertebral
<input type="checkbox"/> 55 Oídos	<input type="checkbox"/> 59 Corazón	<input type="checkbox"/> 63 Neurológico
<input type="checkbox"/> 56 Toma Medicación (Especificar)	<input type="checkbox"/> 60 Pulsos Periféricos	<input type="checkbox"/> 64 Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI No ¿Cuál? _____

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI No

¿Cuál? ECG Ergometría TAC RMN Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

• Certifico que _____ DNI N° _____

de _____ años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, se encuentra en condiciones para realizar actividades físicas, recreativas/deportivas, que se correspondan a su edad, sexo grado de maduración y desarrollo y no posee enfermedades infectocontagiosas.

_____ Firma y Sello del Médico	_____ Localidad, Fecha y Hora
-----------------------------------	----------------------------------

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción

Importante

Concurra al médico con su hijo y haga completar el presente CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA. Presentarlo al PRECEPTOR DE EDUCACIÓN FÍSICA al inicio del ciclo lectivo.

➔ **ACLARACIÓN:** además de este certificado de aptitud física, se debe presentar el CERTIFICADO DE BUENA SALUD solicitado en los requisitos de inscripción.