



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



CICLO LECTIVO: \_\_\_\_\_

FICHA DE DATOS PERSONALES

**RE-INSCRIPCIÓN AÑO:** .....

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL/LA ESTUDIANTE .....

DNI .....

CURSO PROCEDENCIA: .....

Colaboración Cooperadora: \_\_\_\_\_



 **SANTAFE**

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

### ESTABLECIMIENTO

NOMBRE **Escuela Normal Superior y Superior de Comercio Nro 46 "Domingo Guzmán Silva"** NIVEL (\*)

### DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

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

### DATOS DEL ALUMNO

#### DATOS PERSONALES

APELLIDO, NOMBRE(\*) TIPO Y N° DE DOC(\*) SEXO (\*)  M  F

FECHA DE NACIMIENTO (\*) NACIONALIDAD (\*)

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

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

COMUNIDAD / REFERENTE(B)

#### DOMICILIO

CALLE (\*) N° (\*) PISO DEPTO

MANZANA MONOBLOCK BARRIO LOCALIDAD (\*)

TELEFONO (\*) E-MAIL

#### DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD (\*)  NO  SI TIPO DE DISCAPACIDAD (2)

Posee CUD (Certificado Único de Discapacidad) (\*)  NO  SI Fecha de Vencimiento: ...../...../.....

#### INTEGRACIÓN

ESTABLECIMIENTO FECHA DE INICIO

#### OCUPACIONES

OCUPACIÓN (\*) (4)

EN ACTIVIDAD  JUBILADO  PENSIONADO CONTRIBUTIVO  PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO

### DATOS DEL PADRE/MADRE

#### DATOS PERSONALES

APELLIDO, NOMBRE TIPO Y N° DE DOC SEXO  M  F

FECHA DE NACIMIENTO NACIONALIDAD

LOCALIDAD DE NACIMIENTO PAÍS DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL PUEBLO ORIGINARIO  SI  NO ETNIA (A)

COMUNIDAD / REFERENTE(B)

FALLECIDO  SI  NO FECHA MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)

#### DOMICILIO

CALLE N° PISO DEPTO

MANZANA MONOBLOCK BARRIO LOCALIDAD

TELEFONO E-MAIL

#### OCUPACIONES

OCUPACIÓN (4)

CALLE N° LOCALIDAD

TELÉFONO FIJO HORARIO

EN ACTIVIDAD  JUBILADO  PENSIONADO CONTRIBUTIVO  PENSIONADO NO CONTRIBUTIVO

(\*) CAMPOS OBLIGATORIOS. LAS REFERENCIAS SE ENCUENTRAN EXPLICADAS EN EL ANEXO

**DATOS DEL PADRE/MADRE****DATOS PERSONALES**

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

**DOMICILIO**

CALLE		Nº	PISO	DEPTO
MANZANA	MONOBLOCK	BARRIO		LOCALIDAD
TELEFONO		E-MAIL		

**OCUPACIONES**

OCUPACIÓN (4)			
CALLE		Nº	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 RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO PEDAGÓGICO DEL ALUMNO****DATOS PERSONALES**

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

**DOMICILIO**

CALLE		Nº	PISO	DEPTO
MANZANA	MONOBLOCK	BARRIO		LOCALIDAD
TELEFONO		E-MAIL		

**OCUPACIONES**

OCUPACIÓN (4)			
CALLE		Nº	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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MENOR JUDICIALIZADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CON ATENCIÓN HOSPITALARIA/DOMIC. DURANTE AÑO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROVIENE DE ÁMBITO RURAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
POSEE RÉGIMEN DE INTERNADO EN EL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CURSÓ SALA DE 4	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
POSEE RÉGIMEN DE INTERNADO FUERA DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CURSÓ SALA DE 5	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALUMNO EN CONTEXTO DE ENCIERRO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> NO CORRESPONDE			
VOLVER A ESTUDIAR <input type="checkbox"/>	COMENTARIOS <input type="checkbox"/>	ACOMP. DEL EQUIPO SOCIO EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	
OTROS PROGRAMAS	EGRESAR <input type="checkbox"/>	PROGRESAR <input type="checkbox"/>	FINES/ FINES TEC <input type="checkbox"/> NUEVA OPORTUNIDAD <input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/> POR COBRO DE AUH	<input type="checkbox"/> POR DECISIÓN PROPIA	<input type="checkbox"/> POR DECISIÓN FAMILIAR
	<input type="checkbox"/> POR EL ACCESO BECAS	<input type="checkbox"/> POR NECESIDADES DE CAMBIO DE ESCUELA	

**PROCEDENCIA**

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.....



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



## EDUCACION FISICA 2023

### Pautas generales

Al iniciar el año lectivo, el alumno deberá presentar un **certificado de aptitud física y buco dental** (en caso que deban concurrir a clases de natación) SOLO AL PRECEPTOR encargado de EDUCACION FISICA, el cual lo habilitará a realizar las clases prácticas de educación física. Las mismas se llevarán a cabo en el Campo de Deportes de nuestra institución, cito en **Pasaje Koch al 3400. (Barrio Don Bosco)**

### Para las clases:

Vestimenta: indumentaria deportiva adecuada: Zapatillas deportivas, Medias, Pantalón corto y/o largo Deportivo, (no short de baño) Remera o buzo blanco/ azul (no clubes)

Llevar el cuaderno de comunicaciones (con las firmas correspondientes en la primera página) SIEMPRE, aún más, si hay algún mensaje para el profesor. (no se recibirán notas de otra forma ya que no se pueden validar la firma)

- Si existiera una lesión, enfermedad o alguna circunstancia en la que el alumno no pueda participar físicamente en la clase (SAF) debe llevar una nota en el cuaderno de comunicaciones mencionando los motivos, firmada por sus padres.
- El alumno NO ESTA EXCEPTUADO DE ASISTIR A CLASE salvo circunstancias especiales de traslado o enfermedades prolongadas, lo cual debe consultarse con el profesor. NO SE REQUIEREN CERTIFICADOS MEDICOS solo la constancia del adulto responsable a cargo, salvo que la dirección lo estime necesario.
- En caso de SAF el alumno debe participar en la clase atendiendo a las indicaciones generales del profesor y será la referencia posterior para que el curso recuerde algún aspecto en particular de la clase.
- La Familia cuyo domicilio esté a más de 5 kilómetros del Campo de Deportes podrá solicitar la **derivación** para realizar las clases de educación física en una escuela más cercana. **Consultar al inicio del ciclo lectivo.**

### **Promoción de la materia:**

Los alumnos deberán concurrir a clases, realizar las actividades propuestas por el docente y tener una asistencia del 70%.

Toda consulta relacionada a educación física debe realizarse al preceptor del campo de deportes ya sea personalmente o a través del cuaderno de comunicaciones.

**Importante: En caso de llevarse la materia a rendir, el alumno deberá asistir con: D.N.I., certificado de aptitud física (en caso de no haberlo presentado) programa de examen, los apuntes correspondientes e indumentaria deportiva adecuada.**

Quedan así, debidamente notificados

Saluda atte.

Departamento de educación física

Firma y aclaración \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Tel. padre/madre: \_\_\_\_\_

**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:		Nº 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.								
1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	40	<input type="checkbox"/>	Heridas
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento	45	<input type="checkbox"/>	Consumo Alcohol
12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	46	<input type="checkbox"/>	Consumo Tabaco
13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	47	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual
14	<input type="checkbox"/>	Asma	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis
16	<input type="checkbox"/>	Varicela	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
17	<input type="checkbox"/>	Rubeola	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación
Es Alérgico a:				Calendario de Vacunación Completo				
<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos	52	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos	Completar al dorso dosis faltantes				
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)					
<input type="checkbox"/>	Comidas							
Valoración Funcional		E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)		Peso	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>	
Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Talla Sentado	<input type="text"/>	Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto		
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Evaluación Clínica (*)								
53	<input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello	57	<input type="checkbox"/>	Boca y Faringe	61	<input type="checkbox"/>	Abdomen
54	<input type="checkbox"/>	Ojos	58	<input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones	62	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral
55	<input type="checkbox"/>	Oídos	59	<input type="checkbox"/>	Corazón	63	<input type="checkbox"/>	Neurológico
56	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación (Especificar)	60	<input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos	64	<input type="checkbox"/>	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  Ergometria  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.