



CICLO LECTIVO: _____

FICHA DE DATOS PERSONALES

PEDIDO DE BANCO

AÑO SOLICITADO: _____

NOMBRE Y APELLIDO
DEL/LA ESTUDIANTE

DNI

CURSO PROCEDENCIA:

ESCUELA PROCEDENCIA:

PROVINCIA - LOCALIDAD:

Nota Pedido de banco:

Reservado para Secretaría

Fotocopia DNI		Certificado salud	
Certif./pase Esc.Origen		Buco-dental	
2 fotos 4x4 (actualizada)		Fotocopia carnet vacunas	
Carpeta archivo		Informe Socio Educativo (sólo Primero y Segundo Año)	

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

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) <input type="text"/>		
	COMUNIDAD / REFERENTE(B) <input type="text"/>		
FALLECIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA <input type="text"/>	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) <input type="text"/>		
	COMUNIDAD / REFERENTE(B) <input type="text"/>		
FALLECIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA <input type="text"/>	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.

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

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:	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	Paperas	<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	Consumo Alcohol
<input type="checkbox"/>	12	Enfermedades Articulares	<input type="checkbox"/>	29	Deshidratación	<input type="checkbox"/>	46	Consumo 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	Rubeola	<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"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Medicamentos	Completar al dorso dosis faltantes
<input type="checkbox"/> Plumas	
<input type="checkbox"/> Comidas	
<input type="checkbox"/> Antibióticos	
<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos	
<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	

Valoración Funcional	E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)	Peso	Altura	Talla Sentado
Frecuencia Cardíaca Basal				
Frecuencia Respiratoria Basal				
Tensión Arterial Basal				

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

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 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.