



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 de cartulina Oficio con 3 solapas sin elásticos, broches o elementos de sujeción.		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

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.....



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

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 y correctamente confeccionado, el cual lo habilitará a realizar las clases prácticas de educación física, las cuales se llevarán a cabo en el predio de nuestra institución, cito en **Pasaje Koch al 3400**.

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 ASITIR 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.

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 presentarse con: D.N.I., libreta, certificado médico (si no lo presento al inicio del año) 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.		

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"/> 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 <input type="text"/>
Tensión Arterial Basal		Talla Sentado <input type="text"/>
		Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

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 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.