



More than forty years
inspiring minds.
nurturing hearts.

FUNDACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL SAN ESTEBAN

COLEGIO SAN ESTEBAN



Ficha Médica 2026 – Nivel Inicial y Primaria

Sala/Curso:

Turno/División:

Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

Obra Social:

En caso de urgencia llamar a: Mamá Papá: Tutor, al teléfono:
y/o derivar al Centro Médico: H.P.R. Sanatorio San Carlos

Grupo Sanguíneo: Factor:

**RECUERDE QUE ES SU RESPONSABILIDAD ACTUALIZAR LOS
DATOS DE SU HIJA/O EN XHENDRA**

ANTECEDENTES PERSONALES

Problemas de salud:

*Alergias:
*Alimentos:
*Picadura de insectos:
*Medicamentos:
*Antibióticos:

Asma Bronquial: SI NO

Convulsiones: SI NO

Problemas Traumatológicos:

- ¿El problema está controlado? SI NO
- ¿Toma algún medicamento? SI NO ¿Cuál?.....
- ¿Recibió todas las vacunas? SI NO
- ¿Padeció tétanos? SI NO ¿Cuándo?.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Apendicitis SI NO Amigdalitis: SI NO Hernia: SI NO

Otras:

PROPENSIÓN A ENFERMEDADES

Afecciones del oído – nariz – ojos

Asma: SI NO
Bronquitis: SI NO
Resfríos: SI NO
Enuresis: SI NO
Sonambulismo: SI NO
Desmayos: SI NO
Constipación: SI NO
Cardiopatías SI NO
Otras:

El alumno está APTO // NO APTO para desarrollar las clases de Educación Física

Declaro bajo juramento que los datos completos son verdaderos.

Fecha: Firma del Padre/Madre o Tutor.....

Aclaración:.....

Observaciones:.....



*More than forty years
inspiring minds.
nurturing hearts.*

FUNDACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL SAN ESTEBAN

COLEGIO SAN ESTEBAN



NIVEL INICIAL Y PRIMARIO 2026

AUTORIZACIÓN VALIDA PARA LA SALIDA

De nuestra consideración:

Ponemos en su conocimiento que el estudiante _____ de

Sala/Grado será retirado/a del establecimiento a la finalización de la tarea escolar por:

Sr/a DNI N° Panteresco/Tel.....

Firma

Aclaración

TRANSPORTE ESCOLAR - AUTORIZACIÓN PARA LA SALIDA

De nuestra consideración:

Ponemos en su conocimiento que nuestro hijo/a _____ alumno/a de

..... Sala/Grado será retirado/a del establecimiento a la finalización de la tarea escolar por:

Nombre del transporte escolar: **Teléfono:**

Nombre del chofer:

Firma

Aclaración

ESTUDIANTES QUE SE RETIRAN SOLOS

Fecha: -----

Autorizo al estudiante de Grado a retirarse

solo del establecimiento al finalizar el horario escolar. Deslindando toda responsabilidad al

Colegio San Esteban.

Firma

Aclaración y DNI

Me notifico del Reglamento escolar y del Acuerdo escolar de convivencia, del Colegio San Esteban
(<https://sanesteban.edu.ar/documentacion/>)

Nombre y apellido del estudiante:

Firma de madre/padre o tutor:.....Fecha.....

Aclaración: DN I:



*More than forty years
inspiring minds.
nurturing hearts.*

FUNDACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL SAN ESTEBAN

COLEGIO SAN ESTEBAN



IMPORTANTE: Adjuntar a la ficha médica

NIVEL INICIAL:

- Sala de 4 años: Carnet de vacunación (si no fue presentado en la admisión)
- Sala de 5 años: Estudio auditivo y visual. Planilla del Ministerio de Salud de Río Negro

NIVEL PRIMARIO:

- 1er Grado: Carnet de vacunación actualizado.
- 4to y 7mo: Planilla del Ministerio de Salud de Río Negro
- Nuevos ingresantes: Estudios auditivo, visual y carnet de vacunación.