



Ficha Médica 2023

Sala/Grado:..... 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:.....



Fundación Educativa y Cultural San Esteban
Colegio San Esteban
(G-053)

ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE GESTIÓN PRIVADA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ZONA ANDINA - RIO NEGRO

"Voluntas fortis omnia vincit"



NIVEL INICIAL Y PRIMARIO 2023

AUTORIZACIÓN VALIDA 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:
Sr/a DNI N° Parentesco.....
Sr/a DNI N° Parentesco.....
Sr/a DNI N° Parentesco.....
Sr/a DNI N° Parentesco.....
Sr/a DNI N° Parentesco.....
Sr/a DNI N° Parentesco.....

..... 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

ALUMNOS QUE SE RETIRAN SOLOS

Fecha: _____

El/la Sr/a. _____ Padre/madre/tutor autoriza a
su hijo/a _____ que cursa _____ Grado a retirarse
solo del establecimiento al finalizar el horario escolar.

Puede retirarse SOLO al finalizar la escolaridad de español: SI NO
Puede retirarse SOLO al finalizar la escolaridad de inglés: SI NO

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:..... DNI:.....



Fundación Educativa y Cultural San Esteban
Colegio San Esteban
(G-053)

ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE GESTIÓN PRIVADA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ZONA ANDINA - RÍO NEGRO

"Voluntas fortis omnia vincit"



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

NIVEL PRIMARIO:

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