



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



TURNO NOCHE

CICLO LECTIVO:

FICHA DE DATOS PERSONALES

INSCRIPCIÓN AÑO

NOMBRE Y APELLIDO
DEL/LA ESTUDIANTE

DNI

Practica deporte: Si No

¿Cuál?:

Club:

Reservado para Secretaría

Fotocopia DNI		Certificado salud	
Certificado 7mo		Buco-dental	
2 fotos 4x4 (actualizada)		Fotocopia carnet vacunas	
Carpeta archivo		Pase/certif.est.incompletos	

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)	
	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

MENOR JUDICIALIZADO SI NO
PROVIENE DE ÁMBITO RURAL SI NO
ALUMNO EN CONTEXTO DE ENCIERRO SI NO
CENTRO DE DETENCIÓN DE DONDE PROVIENE EL ALUMNO:

REGRESO AL SISTEMA EDUCATIVO

INFORMACIÓN A REGISTRAR EN LA CASOS DEL REGRESO DE ESTUDIANTES CON VULNERABILIDAD ECONÓMICO 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
PROGRAMA VUELVO A ESTUDIAR PROPAGANDA COMENTARIOS ACOMP. DEL EQUIPO EDUCATIVO OTRO
OTROS PROGRAMAS PROGRESAR FINES/ FINES TEC NUEVA OPORTUNIDAD OTRO
OTROS POR COBRO DE AUH POR DECISIÓN PROPIA POR DECISIÓN FAMILIAR
 POR EL ACCESO BECAS POR NESECIDADES DE CAMBIO DE ESCUELA OTRO

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.
- * **Horario de cursado: 18.30hs. a 23.00hs.**

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.....

**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	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consumo Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consumo Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas		

Calendario de Vacunación Completo

52 SI NO
Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)

Peso	
Altura	
Talla Sentado	

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

Evaluación Clínica (*)

53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI No ¿Cual? _____

¿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 DOCENTE 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.