



PEGAR AQUÍ
 FOTO ALUMNO

FICHA DE DATOS PERSONALES

CICLO LECTIVO 20.....Año.....Div.

MADRE Y/O TUTOR

.....

DOMICILIO COMPLETO

.....

TEL. PARTICULAR

TEL. LABORAL

OCUPACIÓN.....

EMAIL.....

NACIONALIDAD.....

ALUMNO APELLIDO Y NOMBRE

.....

AÑO Y DIVISIÓN.....

ESPECIALIDAD.....

DNI.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

EDAD (AL 30 DE JUNIO).....

NACIONALIDAD.....

PADRE Y/O TUTOR

.....

DOMICILIO COMPLETO

.....

TEL. PARTICULAR

TEL. LABORAL

OCUPACIÓN.....

EMAIL.....

NACIONALIDAD.....

DOMICILIO COMPLETO.....

.....

LOCALIDAD.....

CÓDIGO POSTAL.....

TELÉFONO.....

OBRA SOCIAL/ MEDICINA PREPAGA.....

.....

EMAIL ALUMNO.....

TELÉFONO ALTERNATIVO

VINCULO:.....

TELÉFONO ALTERNATIVO

VINCULO:.....

TELÉFONO ALTERNATIVO

VINCULO:.....

TELÉFONO ALTERNATIVO

VINCULO:.....

SITUACIONES PARTICULARES (PSICOFISICAS, MOTRICES O DE APRENDIZAJE) QUE CONSIDERE INFORMAR:

.....

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y/O TUTOR



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
 Escuela Técnica N°6 D.E. N°12 "Fernando Fader"
 Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A
 Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

AUTORIZACIÓN DE SALIDA Y/O INGRESO FUERA DEL HORARIO

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días..... del mes dedel año.....

se presenta MADRE / PADRE / TUTOR DNI N°.....

se presenta PADRE / PADRE / TUTOR DNI N°.....

Domiciliado en.....Localidad.....

Domiciliado enLocalidad.....

En su carácter de padres/tutores/encargados (Tachar lo que no corresponda)
 del Menor.....

con DNI N°.....prestan su autorización expresa para que su hijo/a pueda Retirarse y/o ingresar en caso de: inasistencia o tardanza del docente a cargo, falta de Suministro eléctrico o de agua o amenaza de bomba (*). Asimismo, no recaerá sobre las Autoridades Educativas ninguna responsabilidad ante cualquier daño o episodio que, fuera del Establecimiento, pueda protagonizar o sufrir el alumno/a. (res.N°2196/04 y 1941/03).

(*) En este caso, los alumnos y el personal del establecimiento concentrarán en la esquina de las calles Yerbal y Bolivia.

ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE SERÁ VALIDO PARA AQUELLOS ADULTOS RESPONSABLES QUE REGISTREN SU FIRMA EN EL LIBRO DE ASISTENCIAS PREVIAMENTE.

En prueba de conformidad y aceptación, firman el presente ACTA:

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y O TUTOR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y O TUTOR

AUTORIZACIÓN DE USO Y CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN

Por la presente presto expreso consentimiento para que el GCBA, difunda o publique con fines educativos y/o pedagógicos, con el objeto de dar a conocer a la comunidad la oferta de actividades lectivas, complementarias y/o extraescolares, el material fotográfico, fílmico, audiovisual, o de cualquier otra clase que fuera producido en el marco de las actividades desarrolladas bajo su órbita. Incluyendo cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación, o impresión, o cualquier medio y formato por si o por medio de terceros renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y/O TUTOR

.....
 CORREO ELECTRÓNICO MADRE Y/O TUTOR

.....
 CORREO ELECTRÓNICO PADRE Y/O TUTOR



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
 Escuela Técnica N°6 D.E. N°12 "Fernando Fader"
 Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A
 Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

ALUMNO APELLIDO Y NOMBRE

AÑO Y DIVISIÓN/..... ESPECIALIDAD..... EDAD

DNI..... FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....

NACIONALIDAD..... DOMICILIO COMPLETO.....

LOCALIDAD..... CÓDIGO POSTAL..... TELÉFONO.....

OBRA SOCIAL/ MEDICINA PREPAGA.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
1- PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
DIABETES			
ENFERMEDAD CARDÍACA (SOPLO, PALPITACIONES, HIPERTENSIÓN)			
HERNIA			
ALERGIA (ACLARAR A QUE, Y COMO SE TRATA)			
CONVULSIONES			
ASMA			
SINUSITIS, ADENOIDITIS, OTITIS (A REPETICIÓN)			
2-OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
APENDICITIS			
OTRAS			
3-EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
HEPATITIS			
SARAMPIÓN			
PAPERAS			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
TUBERCULOSIS			
FRACTURAS, ESGUINCES Y LUXACIONES (ACLARAR QUE).			
4- MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA:			
AUDITIVO ¿CUÁL?			
VISUAL ¿CUAL?			
CON ALGÚN TIPO DE ALIMENTO			
SUEÑO O DORMIR			
CUANDO VIAJA EN ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE			
CON LA PRÁCTICA DE ALGÚN DEPORTE			
PARA RETENER EL PIS			
DESVIACIÓN DE LA COLUMNA			
DE PERDIDA DE CONCIENCIA			
DESMAYOS O GOLPES DE CALOR			
¿POSEE ALGÚN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDÍACA SÚBITA?			
INDIQUE SI SABE NADAR			
EN CASO DE SER NECESARIO SE SOLICITARÁ APTO MEDICO FIRMADO POR PROFESIONAL			

OTRA INDICACIÓN QUE DEBA INFORMAR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y/O TUTOR



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
 Escuela Técnica N°6 D.E. N°12 "Fernando Fader"
 Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A
 Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

.....|.....|20.....

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

AUTORIZACIONES

Detalle en imprenta mayúscula aquí los AUTORIZADOS por la familia, MAYORES DE 18 AÑOS para retirar al menor en caso de necesidad

NOMBRE Y APELLIDO	VINCULO	TELÉFONO	DNI

AUTORIZACION A PARTICIPAR EN ASAMBLEAS

Por la presente, en caracter de (parenteso).....
 autorizo a deAÑO DIVISIÓN a participar en las Asambleas organizadas por
 parte del CEFF (Centro de Estudiantes Fernando Fader) cuando así lo requiera, previa autorización de las autoridades, dentro del
 establecimiento y en horario escolar.

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y/O TUTOR



PLANILLA DE SALUD PARA ED. FÍSICA

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa _____ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo _____ con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ N° de contacto _____.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		



COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha Padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de Algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
 Escuela Técnica N°6 D.E. N°12 "Fernando Fader"
 Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A
 Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

.....|.....|20.....
|.....
 AÑO Y DIVISIÓN

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>



FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA - REFRIGERIO (Solo nivel Medio y Adultos)

DATOS A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Escuela Técnica N°6 "Fernando Fader"	D.E. D.E. N°12	(CUE) CÓDIGO ÚNICO DE ESTABLECIMIENTO
---	-------------------	---------------------------------------

A COMPLETAR POR EL ALUMNO SOLICITANTE

Apellidos	Año/Sección	Turno
Nombres		DNI
Nacionalidad	Fecha de nacimiento	CUIL
Domicilio		Código Postal
Localidad / Barrio	Correo Electrónico	Teléfono

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Adjuntar fotocopia de recibo de sueldo, monotributo, certificación negativa de ANSES o DDJJ de ingresos de ambos padres según corresponda

PADRE Y MADRE Apellido y Nombre	Edad	Ocupación	Lugar de trabajo	Ingresos	CONVIVE	
				\$	SI	NO
				\$	SI	NO
HERMANOS EN EDAD ESCOLAR - Apellido y Nombre	Edad	Ocupación	Escuela		CONVIVE	
<i>- En caso de hermanos que concurren a escuela pública se deberá adjuntar constancia de alumno regular -</i>						
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
Apellido y Nombre Otros Convivientes	Edad	Ocupación	Lugar de trabajo	Ingresos	CONVIVE	
				\$		
				\$		
Total de ingresos del grupo familiar				\$		

Algún miembro del grupo familiar sufre de una enfermedad crónica. (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/> Si	Diagnóstico	Gasto mensual derivado de dicha enfermedad crónica:
<input type="checkbox"/> No		\$

- Adjuntar constancia médica de la enfermedad y comprobante de gastos -

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE los datos consignados son veraces, aceptando desde ya las medidas a adoptarse para su verificación, y me comprometo fehacientemente a comunicar cualquier cambio a lo declarado dentro del plazo de diez días de producido el mismo. Asumo la responsabilidad emergente por falsedad en la declaración de datos, detectada en sede administrativa y/o judicial, de conformidad con la normativa vigente.

Acompaño fotocopia de comprobante de ingresos (recibo de haberes u otros), exhibiendo original para su verificación, obligándome a cumplir igual trámite por la documentación adicional que eventualmente se solicite.

Manifiesto estar de acuerdo con el ANEXO A del Pliego de Bases y Condiciones, correspondiente a los menús vigentes.

Buenos Aires de del 20

.....
Apellido y nombre

.....
Documento

.....
Firma

A COMPLETAR POR LA COMISION DE BECAS

- Solicitud rechazada
- Solicitud aprobada
- Solicitud en estudio (Se requiere la intervención de la Dirección General de Servicios a las Escuelas).

.....
Firma Comisión de Becas

.....
Firma Comisión de Becas

.....
Firma Director/Vice

.....
Apellido y nombre

.....
Apellido y nombre

SELLO

Observaciones:

.....
.....

NOTIFICACIÓN DE LO RESUELTO

En el día de la fecha y por la presente, ME NOTIFICO de lo resuelto por la Comisión de Becas.

Apellido y Nombre

.....

Tipo de documento

DNI N°.....

Otro:

.....

CI N°.....

No tiene

Firma del solicitante

**DECLARACIÓN JURADA:
PARA QUIENES NO POSEAN INGRESOS**

Conste por la presente que..... con DNI n°..... y con domicilio legal en la calle de la localidad.....

DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY que: soy trabajador/a independiente o en situación irregular sin recibo de haberes, obteniendo por mi labor de con un ingreso MENSUAL aproximado de \$.....

La presente declaración se efectúa para ser presentada ante las autoridades correspondientes en el trámite de solicitud de BECA ALIMENTARIA del estudiante..... del que soy.....(relación de parentesco).

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y/O TUTOR