



Ciclo Lectivo:.....

Nombre y Apellido del alumno/a:.....

Fecha de Nacimiento:.....Edad:.....Nacionalidad:.....DNI:.....

Domicilio:.....Localidad:.....CP:.....

Teléfonos: Madre:.....Padre:.....Hijo/ Otro:.....

Ante una emergencia llamar:.....

Padece alguna dolencia en particular (asma, diabetes, alergias, etc):.....

Medicamentos que NO se le pueden administrar:.....

¿Toma alguna medicación en forma permanente? ¿Cuál?.....

Alimentos que NO puede ingerir:.....

Nombre y Apellido del Padre:.....

Nacionalidad:.....DNI:.....Mail:.....

Profesión/Ocupación:.....

Nombre y Apellido de la Madre:.....

Nacionalidad:.....DNI:.....Mail:.....

Profesión/Ocupación:.....

Personas Autorizadas para retirar al alumno/a del Establecimiento:

Nombre y Apellido:.....DNI:.....

Nombre y Apellido:.....DNI:.....

.....
Firma del Padre

.....
Firma de la Madre

.....
Aclaración y DNI

.....
Aclaración y DNI

NIVEL INICIAL

Tuyutí 6629 – CABA

Tel.: 4644-2075 / 15-6706-7668

NIVEL PRIMARIO

Lisandro de la Torre 278 – CABA

Tel.: 4641-6945 / 15- 6713-7113