COLEGIO CASTEX
Fundación Educativa Castex

FICHA DE AUTORIZACIONES DE JARDÍN Y PRIMARIO.

Apellido/s y nombre/s completos del estudiante: ……..……..……..……

D.N.I.:..... Grado: ……..…… TURNO.....……

AUTORIZACIONES A OTORGAR MEDIANTE LA PRESENTE FICHA:

1. **a. Retiro anticipado y al finalizar la jornada escolar**: Por la presente autorizo a mi hijo/a a ser retirado del establecimiento por las siguientes personas mayores de edad:

	NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	PARENTESCO
1).	.....	.....……	……	……..……..
2).	.....	……	…….....	……
3).	.....	……	……	……..…….
4).	.....	……	……	……...
5).	.....	……	……	……..

En caso de ser retirado por una persona distinta a las aquí consignadas, como así también cuando el alumno vaya a ser retirado anticipadamente, me comprometo a comunicarme anticipadamente por escrito (cuaderno de comunicaciones o mediante la plataforma institucional **castex.escool.ar**). Se recuerda que las **autorizaciones telefónicas** para que otra persona retire a su hijo/a del colegio **no serán aceptadas por razones de seguridad**

2. **Atención ante urgencias:** por medio de la presente autorizo al Servicios de Emergencias contratado por la Institución a asistir y trasladar (esto último en caso de ser necesario) a mi hijo/a. Asimismo, cabe aclarar los siguientes puntos:
   a. Bajo ninguna circunstancia el alumno se retira del establecimiento por sus propios medios. Siempre deberá estar acompañado por alguno de los tutores/responsables. Asimismo, no se trasladará al alumno de forma particular por parte del personal de la Institución.

   b. Con el fin de no hacer prescindir a la comunidad de un recurso vital y escaso, solo en caso de lesiones graves que representen una urgencia, se llamará al sistema de emergencias y, bajo la indicación del personal médico asistente, se trasladará al alumno en ambulancia, acompañado de un adulto de la Institución, al centro de salud que el responsable indique.

   c. Una vez que el alumno sea trasladado por la ambulancia o retirado por el responsable, la atención médica que correspondiese será bajo las mismas condiciones en que lo hace de manera habitual, ya sea a través de la obra social indicada en su ficha de salud, de manera particular o en el sector público.

3. **Salidas educativas y didácticas:** por la presente autorizo a mi hijo/a a salir del edificio escolar en actividades específicas que programe el Colegio para el presente Ciclo Lectivo, sean educativas o recreativas. Declaramos conocer que los estudiantes estarán acompañados por personal docente de la Institución y serán trasladados por los medios que contrate el Colegio para tal fin. Asimismo, autorizamos a que nuestro hijo/a, desarrolle todas las actividades organizadas para la salida de que se trate, como así también su traslado y asistencia, en caso de

accidente o emergencia, al centro asistencial más indicado a criterio del responsable de la salida. En caso de no estar de acuerdo con dicha salida, asumimos la obligación de comunicar dicha circunstancia al Colegio dentro de las 72 horas de notificados de la misma.

4. **Publicación de fotos:** por la presente los responsables brindan su consentimiento para que la Institución pueda publicar por los medios a su alcance, las imágenes en las cuales aparezca su hijo/a, ya sea individualmente o en grupo en las diferentes secuencias y actividades realizadas en el colegio y fuera del mismo, tanto sean estas escolares como extraescolares. La presente autorización puede ser revocada por los padres y/o tutores/responsables en cualquier momento, debiendo expresar su voluntad al respecto por escrito y debidamente firmado.

5. **Asistencia en el cambiado de ropa:** por solicitud del Consejo Provincial de Educación necesitamos que mediante la firma de la presente ficha se nos autorice a auxiliar a su hijo/a (proveer ropa limpia y dar instrucciones para cambiado de ropa, respetando la privacidad), en caso de ensuciarse, mojarse o no controlar esfínteres, durante las horas que permanece en el Colegio.

6. **Notificación de la normativa vigente en la página web Institucional:** por la presente hacemos constar que tenemos pleno conocimiento del Proyecto Educativo Institucional, el Acuerdo Escolar de Convivencia (según el nivel que corresponda), el Reglamento Interno Institucional y toda la reglamentación que se encuentra en la página web Institucional **http://www.colegiocastex.edu.ar**. Asimismo**,** como padre, madre o tutor/responsable, nos comprometemos a conocer la normativa, recordársela a nuestro hijo/a y colaborar en su cumplimiento.

FIRMA RESPONSABLE 1: **NOMBRE Y APELLIDO:** **DNI:**

…… …… ……..
(Padre/Madre/Tutor/Responsable)

FIRMA RESPONSABLE 2: **NOMBRE Y APELLIDO:** **DNI:**

…… …… ……..
(Padre/Madre/Tutor/Responsable)

CICLO LECTIVO 2025

COLEGIO CASTEX
Fundación Educativa Castex

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO

Fecha entrega: Hasta el 14 marzo 2025.

(Completar con letra clara en imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos de salud y bienestar de los alumnos.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO		
Apellido/s y Nombre/s del alumno/a:		
Curso y Turno:		
Fecha y Lugar de Nacimiento:	**Edad:**	
Nacionalidad:		
Nro DNI:		
Domicilio:		
Teléfono:	**Mail:**	
Obra Social/Seguro Médico:	**Nº Afiliado:**	**Grupo Sanguíneo:**

INFORMACION PARA EMERGENCIAS	
1- NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	
PARENTESCO:	**TELEFONO:**
2- NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	
PARENTESCO:	**TELEFONO:**

En caso de emergencia médica, autorizo a que mi hijo/a sea retirado de la Institución por los siguientes adultos:

Apellido y Nombres:_____DNI:_____

Apellido y Nombres:_____DNI:_____

Apellido y Nombres:_____DNI:_____

DATOS DE LOS ADULTOS RESPONSABLES			
	PADRE	**MADRE**	**TUTOR**
Nombre y Apellido:			
Nacionalidad:			
Profesión:			
Domicilio:			
DNI:			
Teléfono:			
Mail:			

FIRMAS DEL PADRE Y MADRE		
FIRMA DE PADRE/MADRE	**ACLARACIÓN**	**DNI**
FIRMA DE PADRE/MADRE	**ACLARACIÓN**	**DNI**

Los arriba firmantes se comprometen a comunicar formalmente al profesor de educación física y a la autoridad escolar cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.

PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO

Completar con una CRUZ SI PADECE/CIÓ o NO las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

AFECCIONES/PROBLEMAS DE SALUD/ ENFERMEDADES	SI	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE.
Asma, crisis asmáticas	SI	NO	
Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)	SI	NO	
Alguna dificultad respiratoria (Bronquitis obstructiva, neumonía)	SI	NO	
Dificultades Osteo articulares:	SI	NO	
* Dolencia	SI	NO	
* Desviaciones de columna, pies u otros huesos	SI	NO	
* Traumatismos (De cráneo, fracturas)	SI	NO	
Ha presentado síncopes	SI	NO	
Dificultades Neurológicas:	SI	NO	
* Ha presentado convulsiones	SI	NO	
* Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo	SI	NO	
* Dificultad de la marcha	SI	NO	
* Padece epilepsia	SI	NO	
Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.	SI	NO	
Algún tipo de alergia/afecciones alérgicas	SI	NO	
Trastornos alimentarios	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Cirugías previas	SI	NO	
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud (especificar)	SI	NO	
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ: (Tachar lo que no corresponda).			
VARICELA: SI / NO SARAMPION: SI / NO RUBEOLA: SI / NO MONONUCLEOSIS: SI / NO			
¿Toma regularmente algún medicamento?	SI	NO	
¿Cuál?	Motivo		
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?	SI	NO	
*** EN EL CASO DE JARDIN Y PRIMER GRADO ENTREGAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE VACUNACION.**			
¿ACTUALMENTE CONCURRE A ALGUN ESPACIO DE TRATAMIENTO? SI/NO (Fonoaudióloga, psicología, terapia ocupacional, psicopedagogía, otros)		**DETALLE:**	
CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA: (Marcar con cruz lo que corresponda).		**APTO**	**NO APTO**
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD PARA EL CICLO LECTIVO 2025.			
Observaciones del médico/Profesional:			
Fecha: / /	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		