



-----  
APELLIDO Y NOMBRE del alumno/a (según documento)

Fecha de Nacimiento:...../...../..... DNI..... Nacionalidad.....

TE: Part.:.....oficina mamá:.....cel. mamá.....  
: .....oficina papá:.....cel.papá:.....

Dirección: calle.....Nro.:.....

Barrio:.....lote N°..... Localidad.....Cod. Postal:.....

e-mail: mamá .....

papá .....

-----  
En caso de necesidad y no poder ubicar a los padres llamar a: (nombre y apellido, parentesco y TE):

.....

.....

.....

-----  
Por la presente autorizo a mi hija/o a trasladarse entre los edificios de Kinder y Primaria.

APELLIDO (de soltera) Y NOMBRE DE LA MADRE.....

DNI ..... Profesión.....Ocupación .....

FIRMA DE LA MADRE.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE .....

DNI ..... Profesión.....Ocupación .....

FIRMA DEL PADRE.....

-----  
MEDICINA PREPAGA.....N° afiliado.....Plan .....

Médico Pediatra que la atiende.....TE.....

EN CASO DE SUMA URGENCIA, Y DE NO PODER UBICAR A LOS PADRES, AUTORIZO QUE MI HIJA/O SEA TRASLADADA/O Y ATENDIDA/O EN EL HOSPITAL VICENTE LÓPEZ.

-----  
Para mantener actualizados nuestros registros rogamos comunicar dentro de las 24 hs. cualquier cambio en esta ficha: DOMICILIO - TELÉFONO - CELULAR - SALUD - OBRA SOCIAL - MÉDICO -etc.