



AÑO/GRADO:.....

CICLO LECTIVO: **20.....**

♦ **DATOS DEL ALUMNO/A:**

Apellido:					
Nombre:					
D.N.I. Nº:		Grupo Sanguíneo:		Factor RH:	
Fecha de Nac : / /	Nacionalidad :		Lugar de nac. :	
Domicilio :					
Cód. Post.:		Localidad:		Teléfono:	
Religión:					
Correo electrónico familiar:					

♦ **DATOS DEL PADRE:**

APELLIDO y Nombre:					
D.N.I. Nº:		Fecha de Nac : / /	Nacionalidad:	
Religión :		Estudios:		Profesión:	
Domicilio Particular:				Teléfono:	
Domicilio Laboral :				Teléfono:	
Nº de Teléfono Celular :					
Es exalumno de IEA? (en caso afirmativo indicar nivel – año de promoción)					

♦ **DATOS DE LA MADRE:**

APELLIDO y Nombre:					
D.N.I. Nº:		Fecha de Nac : / /	Nacionalidad:	
Religión :		Estudios:		Profesión:	
Domicilio Particular:				Teléfono:	
Domicilio Laboral :				Teléfono:	
Nº de Teléfono Celular :					
Es exalumno de IEA? (en caso afirmativo indicar nivel – año de promoción)					

♦ **DATOS DE ADULTOS RESPONSABLES PARA RETIRARLO EN CASO DE EMERGENCIA: (debe ser mayor de 18 años)**

APELLIDO NOMBRES	Teléfono/s	D.N.I. Nº	Parentesco

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de *declaración jurada* y se ajustan a la realidad. Asimismo, los mantendré actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Nota: Las firmas que constan en esta ficha son las que deben figurar en los Boletines y trámites institucionales. En la presente ficha debe figurar al menos un teléfono dónde comunicarnos en caso de enfermedad o accidente dentro de la escuela.

 Firma de la Madre

 Aclaración de Firma

 Nº de D.N.I.

 Firma del Padre o Tutor

 Aclaración de Firma

 Nº de D.N.I.

