

Datos del Alumno:

Nombre(s): _____
(como figura en el DNI)
DNI: _____
Domicilio: _____
Barrio: _____
Localidad: _____
CP: _____

Apellido(s): _____
(como figura en el DNI)
Fecha de Nacimiento: _____
Género: _____
Correo Electrónico: _____
Institución Educativa: _____
de Teléfono por emergencias: _____

Datos del Padre:

DNI: _____
Nombre Completo: _____
Dirección: _____
Barrio: _____
Localidad: _____
de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Profesión: _____
Responsable Económico? SI / NO
Responsable Pedagógico? SI / NO

Datos de la Madre:

DNI: _____
Nombre Completo: _____
Dirección: _____
Barrio: _____
Localidad: _____
de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Profesión: _____
Responsable Económico? SI / NO
Responsable Pedagógico? SI / NO

Responsable Económico:

(Completar solamente si no es el padre o la madre)

Nombre y Apellido: _____
Domicilio: _____
Barrio: _____
Localidad: _____
de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Lugar de Trabajo: _____

Responsable Pedagógico:

(Completar solamente si no es el padre o la madre)

Nombre y Apellido: _____
Domicilio: _____
Barrio: _____
Localidad: _____
de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Lugar de Trabajo: _____

Ficha Médica

¿Tiene alguna enfermedad preexistente? SI / NO

¿Recibe actualmente algún tratamiento o medicación en forma regular? SI / NO

¿Tiene alguna restricción en su dieta alimentaria? SI / NO

¿Es alérgico a alguna medicación, planta, alimento, animal, insecto, etc? SI / NO

¿Ha padecido alguna enfermedad grave? SI / NO

¿Se le ha practicado alguna cirugía mayor o le ha sido aconsejada alguna? SI / NO

¿Ha recibido tratamiento en un hospital? SI / NO

Grupo Sanguíneo: _____ Otros Comentarios: _____

Yo, el abajo firmante, padre, madre y/o tutor, por este medio y de manera irrevocable, _____ doy permiso/ _____ no doy permiso a ASICANA (Asociación Santiagueña de Intercambio Cultural Argentino Norte Americano) a fotografiar, filmar, reproducir, transcribir y, además, registrar y usar (incluyendo la circulación, publicación, citación o difusión) la imagen y/o voz del antes mencionado alumno/a relacionada con las actividades de la institución. Por otra parte, por este medio autorizo a ASICANA a publicar, transmitir, difundir o citar dicho material, incluyendo su nombre, y cualquier otro material relacionada a la institución que el/la alumno/a mismo pueda hacer (incluidas fotografías y artículos en relación con las actividades y programas de información pública). Con respecto a este material, entiendo que su contenido se puede incluir en charlas futuras, en Internet y a través de canales de difusión, ya sean televisivas, radiales o impresas pero que no será usado para fines comerciales.

**Declaro conocer y aceptar el régimen de evaluación y asistencia que se encuentra en el sitio web, www.asicana.org.ar/Clases-2024.

Firma del Tutor _____ Aclaración: _____ Parentesco: _____