



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: _____

Grado/ Curso en la escuela: _____

Datos del Padre:

DNI: _____

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Barrio: _____

Localidad: _____

de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Profesión: _____

Lugar de Trabajo: _____

Responsable Económico? SI / NO

Responsable Pedagógico? SI / NO

Datos de la Madre:

DNI: _____

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Barrio: _____

Localidad: _____

de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Profesión: _____

Lugar de Trabajo: _____

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: _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre y Apellido: _____

Parentesco: _____

Número de Teléfono: _____

Número Alternativo: _____

Terceros Autorizados a retirar el alumno en horario de clase

Nombre y Apellido: _____

Nombre y Apellido: _____

Nombre y Apellido: _____

Ficha Médica (Hacer un circulo en lo que corresponda.)

¿Tiene alguna enfermedad o condición preexistente? SI / NO ¿Cuál? _____

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

¿Cuál? _____

¿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-2026.**

Firma del Tutor: _____

Aclaración: _____

Parentesco: _____