

**CORO “DE VOS A VOZ”**

SOLICITUD DE MATRÍCULA

Legajo N°.....

San Francisco, de de

A la Sra. Directora del
Conservatorio Superior de Música “Arturo Berutti”
Prof. y Lic. María Laura Müller
S _____ / _____ D

El/La que suscribe, solicita a Ud. **Matrícula de Inscripción, en el CORO DE JÓVENES**, dirigido por la Prof. Ana Celi Anselmi.

DEL SOLICITANTE:

Apellido y Nombres (Completos, de acuerdo a la Partida de Nacimiento):

D.N.I. N°..... Edad: años. Nacionalidad:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Domicilio: Barrio: Localidad:

TE. Fijo: Dirección de e-Mail:

Celular: WhatsApp: SI - NO

Obra Social: Grupo Sanguíneo: Servicio de Emergencia:

Escuela a la que concurre:

Grado/Sala: Turno:

Recibe adecuaciones curriculares SI-NO

Especificar.....

DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO: (si es menor de edad)

Apellido y Nombres (Completos y con letra de imprenta):

D.N.I. N°..... Domicilio: Localidad:

TE. Fijo: Celular: Profesión:

Dirección de e-Mail: Nacionalidad:

Firma Padre, Madre, Tutor**Firma del Solicitante**

LA MATRICULACIÓN SE EFECTIVIZARÁ UNA VEZ CUMPLIMENTADA TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN EL
MOMENTO DE LA PRE-INSCRIPCIÓN.



ANEXO: AUTORIZACIÓN DEL USO DE DATOS PERSONALES E IMÁGENES DE LOS ESTUDIANTES
CONSERVATORIO SUPERIOR DE MÚSICA “ARTURO BERUTTI”
SAN FRANCISCO – PROVINCIA DE CÓRDOBA

Sr./Sra. _____

D.N.I. Nro. _____

En mi calidad de padre, madre, representante legal del estudiante _____
D.N.I. NRO. _____

AUTORIZO

NO AUTORIZO

Expresamente al Conservatorio Superior de Música “Arturo Berutti” para:

- La captación de imágenes y grabaciones audiovisuales
- La publicación de datos personales simple (Nombre y Apellido, Curso, Grupo)
- La publicación de trabajos escolares

Para su difusión en cualquiera de los medios impresos, audiovisuales, espacios web, y redes sociales (Facebook, Instagram, YouTube) del centro educativo, con FINES ESTRICAMENTE EDUCATIVOS, no lucrativos y de información, durante el período de escolarización del estudiante en este centro educativo. De conformidad con lo establecido en el Art. 31, 53, sucesivos y concordantes del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, declaro conocer el derecho que me asiste de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la dirección del Centro Educativo.

San Francisco, _____ de _____ del _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I: _____



A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../.....

D.N.I. Nº:.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/..../..... Edad:.....

Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:.....

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:.....

Cirugías:

Cardiovasculares:

Trauma c/alt.funcional:

Alergias (especificar):.....

Oftalmológicos:.....

Auditivos:.....

Diabetes

Asma

Chagas

Hipertensión

Neurológico

Otras:.....

3. CONDICIONES DE RIESGO:.....

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:.....

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRÍÓ:

SI NO

Cansancio extremo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precordalgias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.		

EXÁMEN FÍSICO

Peso..... Talla..... IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor

Escolar? SI NO

¿Cuál?

EXÁMEN OFTALMOLOGICO

Agudeza Visual

Der:..... Izq:.....

Usa anteojos SI NO

Otros:.....

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO

EXÁMEN PIELY T.C.S.C.

EXAMEN ODONTOLOGICO

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos:.....

Tensión Art:

EXÁMEN RESPIRATORIO

EXÁMEN ABDOMEN

EXÁMEN GENITOURINARIO

Sí No

Menarca.....

Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO

COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)

Hago constar que..... se encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.E. 57 de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.

ESTA DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO
Firma del padre / madre/ Tutor /a

.....
Firma y sello del Médico

INFORME DE SALUD ANUAL (I.S.A.)

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer información actualizada del **Estado de Salud** de su hijo/a.

Deberá presentarse anualmente y al inicio del Ciclo Lectivo.

A) DATOS GENERALES

Fecha.....

Apellido y Nombre del Alumno:.....

D.N.I.:.....

Escuela:..... Curso:..... Turno:.....

Edad:..... Sexo:..... Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... Obra Social: **SI / NO** Cuál:..... Grupo Sanguíneo:.....

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: ¿Cuáles? Recibe atención médica: **SI / NO**

Toma medicación alguna **SI / NO**

¿Cuál es?

¿Padece alguna de estas patologías?:

Alergias

Cardiovasculares

Diabetes

Neurológicas

(Convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

Oftalmológica

Auditivas

C) Sres. Padres / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

Por la presente Autorizo al Conservatorio Superior de Música "Arturo Berutti" a convocar al Servicio de Emergencia contratado por la Institución y doy mi consentimiento para que, en caso de considerar necesario, se realicen a mi hijo/a las prácticas médicas que se requieran y/o se lo/a traslade a (Detallar Nosocomio de salud y médico de cabecera).....

D) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera.

Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

.....
D.N.I. Nº: