



TALLER ESPECIAL DE EXPRESIÓN MUSICAL

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 TALLER MUSICAL PARA PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES.**

Con el profesor/a

DEL SOLICITANTE:

Apellido y Nombres (Completo, 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:

Apellido y Nombres (Completo 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 ESTRICTAMENTE 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: _____



CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 SUFRIÓ:**

	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXÁMEN FÍSICO

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

Diagnóstico Antropométrico:.....

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor
Escolar? SI ☐ NO ☐¿Cuál?
.....**EXÁMEN OFTALMOLÓGICO**

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**

	SI	No
Menarca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO**EXÁMEN OSTEOARTICULAR**

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXÁMEN NEUROLÓGICO**COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar
informes)**
.....

Hago constar quese 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

¿Cuáles?

.....

¿Padece alguna de estas patologías?:

Alergias	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
		(Arritmia, hipertensión arterial, etc.)			
Neurológicas	<input type="checkbox"/>	Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	Auditivas	<input type="checkbox"/>
(Convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)					

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: