

+

**“MC ALLISTER COLLEGE”**

A-1261  
Educación Inicial – EGB Primario

DOBLAS 380. CAPITAL FEDERAL.

TELEFONOS: 4902-2494/2829

**FICHA DE INGRESO**

**Datos Personales y Familiares:**

APELLIDO Y NOMBRES DEL ALUMNO: .....  
FECHA DE NACIMIENTO: ..... DNI: .....  
DOMICILIO: ..... TEL. PART: .....  
OTRO: .....

Apellido y Nombres del Padre: .....  
Fecha de nacimiento: ..... DNI: .....  
Estado civil: ..... Ocupación: .....  
Estudios cursados: .....

Apellido y Nombres de la Madre: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
DNI: ..... Ocupación: .....  
Estado civil: .....  
Estudios cursados: .....

Nombre Hermano 1: ..... Nombre hermano 2: .....  
Nombre Hermano 2: ..... Nombre hermano 4: .....

¿Convive con? Padre ..... Madre ..... Hnos. .... Abuelos ..... Tíos ..... Otros .....  
Enfermedades que padeció .....  
Intervenciones quirúrgicas .....  
¿ Alérgico a? .....  
¿Tiene obra social? ..... ¿Cuál? ..... N° Socio ..... Grupo Sanguíneo .....

**Personas autorizadas a retirar al alumno:**

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>DNI N°</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Domicilio</u>
1. ....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....

**Autorización para atención Médica de Emergencia**

Autorizamos expresamente en carácter de padre, madre o tutor a esta Institución para que el presente alumno sea atendido en caso de URGENCIA MEDICA conforme opinión del responsable de la Institución, el que tomará los siguientes recaudos:

- a) Dar aviso telefónico a los padres o encargados del niño/a de lo sucedido.
- b) Se labrará el acta correspondiente, la que será firmada por el médico.

En Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... de .....

.....  
Firma padre/madre/tutor

Aclaración y N° Documento

.....