



# Colegio Rey Fahd

A-1419  
Incorporado a la Enseñanza  
Oficial

Educando en Valores

مدرسة أملاك فهد

## FICHA DE INSCRIPCIÓN 2009.

Datos del alumno			
FECHA	SALA/GRADO		
NOMBRES	APELLIDOS	EDAD EN AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	DOMICILIO	LOCALIDAD-C.P
TELÉFONOS			
PARTICULAR	CELULARES	EMERGENCIAS	TRABAJOS DE LOS PADRES

Datos de los padres / tutores:			
Apellido y nombre de la madre	Nacionalidad	DNI/Pasaporte	Profesión/ocupación
Apellido y nombre del padre	Nacionalidad	DNI/Pasaporte	Profesión/ocupación

Dirección de mail	
Madre	
Padre	
Tutor	

.....  
Firma del padre

.....  
Firma de la madre



# Colegio Rey Fahd

A-1419  
Incorporado a la Enseñanza  
Oficial

Educando en Valores

مدرسة أملاك فهد

**Adjunta documentación:**

	SI	NO	OBSERVACIÓN
Fotocopia DNI/Pasaporte del niño/a			
Fotocopia de carnet de vacunación			
Fotocopia partida de nacimiento del niño/a			
Fotocopia DNI/Pasaporte de la madre			
Fotocopia DNI/Pasaporte del padre			
Fotocopia DNI/Pasaporte del tutor			
Fotografía 4x4 color			
Certificado de preescolar/aprobación de grado o pase del colegio anterior.			
Informe pedagógico*			
Libre deuda de aranceles del colegio anterior*			
Apto físico completo*			

- **\*Esta documentación debe ser entregada sin excepción durante la segunda quincena del mes de febrero, la falta de esta documentación será impedimento para comenzar el nuevo ciclo lectivo.**
- \*Si el ingreso se realizara durante el ciclo lectivo el periodo de entrega de dicha documentación será de 30 días a partir de la fecha de inscripción.



# Colegio Rey Fahd

A-1419  
Incorporado a la Enseñanza  
Oficial

Educando en Valores

## مدرسة أملاك فهد

### FICHA MÉDICA

Apellido y Nombre:

Número de DNI/Pasaporte:

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

Domicilio de los responsables

Teléfono

En caso de emergencias llamar a:

Teléfonos:

Grupo sanguíneo

Factor Rh:

Obra social:

Socio N°

Teléfono de la obra social

\*

Vacunas (Adjuntar fotocopia de certificado de vacunación)

\*

#### ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Sarampión			Otitis			Hepatitis		
Rubéola			Bronquitis			Diabetes		
Varicela			Faringitis/otitis			Celiaco		
Tos convulsa			Meningitis			Epilepsia		
Paperas			Sinusitis			Hernias		
Escarlatina			Asma broquial			Cardiopatías		
Problemas gástricos			Reumatismo			Problemas Neurológicos		
Traumatismos/fracturas de huesos			Lugar del cuerpo		Esguinces/torceduras/desgarros	Lugar del cuerpo		



# Colegio Rey Fahd

A-1419  
Incorporado a la Enseñanza  
Oficial

Educando en Valores

مدرسة أملاك فهد

## ANTECEDENTES DE INTERÉS:

\* Operaciones:..... Fecha: .....

- Alergias:..... ¿A qué?.....
- ¿Cómo lo evita?.....
- Diabetes:..... ¿Cómo lo controla?.....
- ¿Realiza algún tratamiento médico?.....¿Cuál?.....
- ¿Qué medicación toma?..... ¿Con qué frecuencia?.....
- ¿Ante el síntoma febril, qué medicación toma?.....

Actividades que no debe realizar el niño o la niña solo por prescripción médica:.....

.....

- ¿Está realizando algún tratamiento como los siguientes :

	• SI	• NO
• Psiquiátrico	•	•
• Psicológico	•	•
• Psicopedagógico	•	•
• Fonoaudiológico	•	•

Razones:.....

.....

Profesional que lo atiende:.....

Buenos Aires.....

### APTO FÍSICO CLÍNICO

Certifico haber examinado a.....

DNI/PASAPORTE.....

Quién se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del COLEGIO REY FAHD.

Buenos Aires.....del mes de.....de 2009

.....

.....

\*Firma del profesional

Aclaración y N° de matrícula



# Colegio Rey Fahd

A-1419  
Incorporado a la Enseñanza  
Oficial

Educando en Valores

## مدرسة أملاك فهد

### CONTROL OFTALMOLÓGICO

Certifico haber examinado a.....

DNI:.....

Observaciones:.....

Buenos Aires.....del mes..... de 2009

.....

Firma del profesional

.....

Sello aclaratorio y N° de matrícula

### CONTROL OTORRINOLARINGOLÓGICO

Certifico haber examinado a.....

DNI:.....

Observaciones:.....

Buenos Aires.....del mes..... de 2009

.....

Firma del profesional

.....

Sello aclaratorio y N° de matrícula

### CONTROL ODONTOLÓGICO

Certifico haber examinado a.....

DNI:.....

Observaciones:.....

Buenos Aires.....del mes..... de 2009

.....

Firma del profesional

.....

Sello aclaratorio y N° de matrícula