



ESCUELA SECUNDARIA N° 6 "JORGE

LUIS BORGES"

CURSO

CICLO LECTIVO

2026

FICHA DE DATOS PERSONALES ESTUDIANTE**APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA:	MES:	AÑO
---------	----------------------	------	------	-----

EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
-------	----------------------	---------------

OBRA SOCIAL Y N° DE SOCIO:

DOMICILIO ACTUAL:

C.U.I.L. N°	TEL. CELULAR:
-------------	---------------

EMAIL ALUMNO/A:

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD/SÍNDROME Y/O CONDICIÓN:

TOMA MEDICACIÓN: SI / NO	NOMBRE:
--------------------------	---------

FRECUENCIA:

ADULTOS CON QUIEN CONVIVE:

Firma del estudiante:.....	Aclaración:.....
----------------------------	------------------

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE :**N° TELÉFONO:**

D.N.I.	NACIONALIDAD:	FECHA DE NAC:
--------	---------------	---------------

DOMICILIO:

VIVE: SI / NO	ESTADO CIVIL:	OCUPACIÓN:
---------------	---------------	------------

LUGAR DE TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	HORARIO LABORAL:
-------------------	---------------	------------------

CUIT/CUIL N°:	NIVEL DE ESTUDIO:
---------------	-------------------

EMAIL PADRE:

Firma del padre:	Aclaración:.....
------------------	------------------

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE :**N° TELÉFONO:**

D.N.I.	NACIONALIDAD:	FECHA DE NAC:
--------	---------------	---------------

DOMICILIO:

VIVE: SI / NO	ESTADO CIVIL:	OCUPACIÓN:
---------------	---------------	------------

LUGAR DE TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	HORARIO LABORAL:
-------------------	---------------	------------------

CUIT/CUIL N°:	NIVEL DE ESTUDIO:
---------------	-------------------

EMAIL MADRE:

Firma de la madre:	Aclaración:.....
--------------------	------------------

TUTOR A CARGO APELLIDO Y NOMBRE:**VÍNCULO CON EL ESTUDIANTE:****D.N.I.**

TELÉFONO:	NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN:
-----------	---------------	------------

LUGAR DE TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	HORARIO LABORAL:
-------------------	---------------	------------------

CUIT/CUIL N°:	FECHA DE NACIMIENTO:
---------------	----------------------

EMAIL TUTOR:

NIVEL DE ESTUDIOS:

Firma del tutor a cargo:	Aclaración:.....
--------------------------	------------------

EN CASO DE NO PODER CONCURRIR AL RETIRO ANTICIPADO DEL ESTUDIANTE AUTORIZO A:

APELLIDO Y NOMBRE:.....D.N.I.:.....CEL:.....**FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE/MADRE O TUTOR:.....**

Autorizo la cesión de uso de la imagen personal de mi hijo/a siempre que sea en el ámbito escolar y en el marco de las actividades educativas.	SI/NO	Autorizo a mi hijo/a a salir de manera anticipada cuando las actividades finalicen antes del horario escolar habitual, durante el presente ciclo lectivo.	SI/NO
---	-------	---	-------

AGREGAR INFORMACIÓN QUE CREA NECESARIA:ESCUELA SECUNDARIA N° 6 "JORGE LUIS BORGES" - DOM: SALTO URUGUAYO N° 500. CONCORDIA - E.R. EMAIL: secretariaescuelaborges@gmail.comREDES SOCIALES: FACEBOOK: [EscuelaBorgesConcordia](#) INSTAGRAM: [@escuelaborgesconcordia](#)



PLANILLA N°1
FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA

Señores Padres: Esta ficha es para ser completada por el Padre, Madre, Tutor o Encargado.

Señores Docentes: Brindarles a los padres y estudiantes el asesoramiento necesario para que la ficha sea completada de manera responsable.

A los Especialistas-Médicos: En caso de tener algún impedimento para realizar actividad física deberá presentar Certificado Médico.

AÑO: 20 - 20 - 20 - 20 - 20 - 20 - 20 - NIVEL:

LOCALIDAD:

NÚMERO Y NOMBRE DE LA ESCUELA:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

APELLIDO:

NOMBRE:

DNI:

TEL. PART.

FECHA NAC. / /

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

OBRA SOCIAL:

N° AFILIADO

REALIZA ALGÚN DEPORTE:

ESTÁ FEDERADO

NOMBRE DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO:

DNI:

DOMICILIO:

TEL. DE CONTACTO:

(Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas y en caso de considerarse necesario se deberá adjuntar el certificado médico correspondiente).

AÑO	20	20	20	20	20	20	20	OBSERVACIONES
ENFERMEDADES MUSCULARES								
ENFERMEDADES ARTICULARES-COLUMNA								
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS								
ENFERMEDADES CARDIACAS								
ENFERMEDADES DE LA VISTA								
ENFERMEDADES AUDITIVAS								
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS								
CONVULSIONES-EPILEPSIA								
COVID-19								
ASMA								
DIABETES								
HIPERTENSIÓN ARTERIAL								
TOMA MEDICACIÓN								
ES ALÉRGICO A								
PESO								
TALLA								

OBSERVACIONES GENERALES:

Según mi leal consentimiento autorizo a mi hijo/a.....

DNI:.....

a participar de las clases de EDUCACIÓN FÍSICA y declaro verídicos los datos que proporciono en la ficha correspondiente al año:

CICLO LECTIVO	FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR	ACLARACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO
20			
20			
20			