

CICLO LECTIVO 2025**FICHA PERSONAL Y DE SALUD****• Propuesta Educativa:**

- Taller: _____
- Día/s de cursada: _____
- Horario/s de cursada: _____
- Sede _____

• Datos personales

- Apellido y nombre: _____
- DNI: _____
- CUIL: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Edad: _____
- Nacionalidad: _____
- Localidad: _____
- Domicilio: _____
- Estado civil: _____
- Ocupación: _____
- Nivel de estudio: _____

• Datos particulares de contacto

- Teléfono fijo: _____
- Celular: _____
- Correo electrónico _____

• Datos de salud

- ¿Posee alguna discapacidad?* _____
- En caso de que sea afirmativo, ¿cuál?*: _____
- ¿Posee certificado único de discapacidad? (CUD)* _____
- (En caso que sea afirmativo, adjuntar fotocopia del Certificado actualizado)**

- ¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento y/o control periódico?: ____
En caso de que sea afirmativo, ¿cuál?: _____
- ¿Tiene alguna alergia?: _____
- 1. En caso de que sea afirmativo, ¿a qué? y qué tipo de tratamiento requiere:

- ¿Consumo alguna medicación?: _____
- En caso de que sea afirmativo, ¿cuál?: _____
- Obra social: _____
- Grupo y factor sanguíneo: _____

*** estas preguntas son a fin de brindar una mejor experiencia educativa que respete la diversidad de capacidades de las personas.**

| |
|---|
| Teléfono de contacto 1 en caso de emergencia: _____ Nombre de contacto 1: _____ Relación / Parentesco contacto 1: _____ |
|---|

| |
|---|
| Teléfono de contacto 2 en caso de emergencia: _____ Nombre de contacto 2: _____ Relación / Parentesco contacto 2: _____ |
|---|

En el caso de los/las menores de edad, la presente ficha de salud deberá estar firmada por el adulto/la adulta responsable, quien asegura que todos los datos consignados en la misma son correctos.

El/la abajo firmante declara comprender y aceptar las condiciones de cursada y Reglamentación interna y exime expresamente de cualquier responsabilidad a la Municipalidad de general Roca y a l@s agentes municipales que intervienen en la actividad educativa (funcionari@s, directiv@s, coordinador@s, docentes, talleristas,

personal de servicio y administrativo, etc) por cualquier accidente fortuito e impredecible que surja de la práctica de la actividad.

La presente información suministrada reviste carácter de Declaración Jurada, por lo que la Municipalidad de General Roca, Secretaría de desarrollo, Dirección de Cultura, Dirección IMBA y l@s agentes municipales que intervienen en la actividad educativa quedan eximid@s frente a cualquier situación eventual sufrida por el/la alumn@ ocasionada por un accidente imprevisto o por alguna enfermedad/afección preexistente que ya padeciera al momento de la firma de la presente ficha personal y de salud y no se haya declarado o que sufriera con posterioridad y no se de aviso en forma fehaciente (en el caso de l@s menores de edad, esta situación también es de exclusiva responsabilidad del padre, madre o tut@r legal)

La información brindada en la presente ficha de salud es confidencial, y tiene como objetivo ser una herramienta de seguridad para los/las estudiantes.

► Firma del/a estudiante/a (en caso de que sea menor de edad, del padre, la madre o el/la tutor/a legal):

► Aclaración y DNI (en caso de que la firma corresponda al padre, la madre o el/la tutor/a legal, especificar vínculo con el/la estudiante):
