



FICHA DE SALUD
PERIODO LECTIVO 2024 Grado:..... Sección:..... EP

Datos del alumno:

Apellido:

Nombres:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:

Documento:

Obra Social:

Nº de afiliado:

En caso de traslado indique centro de salud aconsejado:

.....

Datos familiares:

Nombre del Padre/Madre/Tutor:

.....

D.N.I.:

Nacionalidad:

Ocupación:

Teléfonos celular:

Teléfono del Trabajo:

E-Mail:

Nombre del Padre/Madre/Tutor:

.....

D.N.I.:

Nacionalidad:

Ocupación:

Teléfonos celular:

Teléfono del Trabajo:

E-Mail:

Nº telefónico de algún familiar responsable (indique número de línea y celular):

.....

Apellido y Nombre: DNI:

Parentesco con el alumno:

POR FAVOR, EN TODOS LOS CASOS, CONSIGNAR TELÉFONO PARTICULAR, CELULAR Y/O LABORAL PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN CASO DE EMERGENCIA.

