



FICHA MÉDICA

COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

Agradecemos completar el formulario con letra clara

AÑO LECTIVO 20..... NIVEL (Inicial / Primario / Secundario) SALA / GRADO / AÑO

Apellido(s) y Nombre(s)

Particular / Prepara / Obra Social Nro. Afiliado:.....

Tel. Obra SocialSangre (Grupo y factor):.....

En caso de urgencia, comunicarse con:.....

Tel. de línea: Celular:

Enfermedades / síntomas / dificultades										
Sarampión	SI / NO	Varicela	SI / NO	Paperas	SI / NO	Escarlatina	SI / NO	Diabetes	SI / NO	
Cardiopatías	SI / NO	Celíaco	SI / NO	Hernias	SI / NO	Sinusitis	SI / NO	Hepatitis	SI / NO	
Asma	SI / NO	Epilepsia	SI / NO	Obesidad	SI / NO	Irritabilidad	SI / NO	Jaquecas	SI / NO	
Alteraciones del equilibrio			SI / NO	Ansiedad		SI / NO	Alteraciones visuales			SI / NO
Alteraciones fonoaudiológicas			SI / NO	Pánico		SI / NO	Alteraciones auditivas			SI / NO
Problemas neurológicos			SI / NO	Stress		SI / NO	Tendencia a lipotimia			SI / NO
Dificultades para dormir			SI / NO			Trastornos alimentarios			SI / NO	
Problemas de coagulación			SI / NO	Operaciones(detallar)						
Traumatismos			SI / NO	Fracturas(detallar)						
Convulsiones			SI / NO	Alergias(detallar)						
Tratamiento Psicológico		SI / NO	Profesional y Te.							
Tratamiento Psicopedagógico		SI / NO	Profesional y Te.							

Actividades físicas que NO puede realizar:

Tratamiento actual:

Medicamentos que toma:

Observaciones:

NOS NOTIFICAMOS QUE EN CASO DE EMERGENCIA, SE NOS AVISARÁ POR TELÉFONO Y AUTORIZAMOS A LOS RESPONSABLES DEL COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON A TRASLADAR A NUESTRO HIJO Y/O TOMAR DECISIONES QUE CONSIDERE NECESARIAS FRENTE A CASOS URGENTES.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a actualizarlos en caso de variar alguno de ellos.

FIRMA DEL PARENTAL 1 / TUTOR

FIRMA DEL PARENTAL 2 / TUTOR

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

(A completar por el profesional que atiende al alumno)

A P T O F Í S I C O

A las autoridades del Colegio Inglés Horacio Watson certifico que

Se encuentra en condiciones de salud óptimas para realizar actividades físicas y deportivas, habiéndose realizado los estudios correspondientes.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Tel.

Buenos Aires, de De 20.....



FICHA MÉDICA

COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

Agradecemos completar el formulario con letra clara

PARA EL PROFESIONAL ODONTÓLOGO

Certifico quepresenta estado de

Salud bucal (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires,.....de.....de 20..

(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)

EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

Certifico quepresenta estado de

Audición..... (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires,.....de.....de 20..

(Obligatorio solamente para sala de 5 años y primer grado)

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Certifico quepresenta estado de

Visión (indicar Bueno, Regular o malo)

Comentarios /Observaciones.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

SELLO Y NRO. DE MATRÍCULA

Buenos Aires,.....de.....de 20..

(Para primer grado adjuntar carnet de vacunación actualizado a los 6 años)



FICHA DE DATOS - ALUMNOS

COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON

Agradecemos completar el formulario con letra clara

AÑO LECTIVO 20..... NIVEL (Inicial / Primario / Secundario) SALA / GRADO / AÑO.....

Apellido(s) y Nombre(s) (según D.N.I.)

Edad: Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento.....

Nacionalidad: D.N.I. Nro..... CUIL.....

Calle Nro. Piso Depto CP

Localidad:..... Tel. de línea Celular

e-mail

Datos del parental 1 / tutor

Apellido(s) Nombre(s) D.N.I.Nro.:

Domicilio Estado Civil

Nacionalidad: Tel. de línea Celular.....

Ocupación/Profesión

Domicilio Laboral Tel. Laboral

e-mail

Datos del parental 2 / tutor

Apellido(s) Nombre(s) D.N.I.Nro:

Domicilio Estado Civil

Nacionalidad: Tel. de línea Celular.....

Ocupación/Profesión

Domicilio Laboral Tel. Laboral

e-mail

Hermanos que asisten al Colegio

1) Nombres y Apellido Sala / Grado / Año

2) Nombres y Apellido Sala / Grado / Año

3) Nombres y Apellido Sala / Grado / Año

AUTORIZAMOS A LOS RESPONSABLES DEL COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON A TOMAR LAS MEDIDAS QUE CONSIDEREN NECESARIAS ANTE CASOS DE EMERGENCIA

FIRMA DEL PARENTAL 1 / TUTOR

ACLARACIÓN
VÁLIDO COMO REGISTRO DE FIRMA

FIRMA DEL PARENTAL 2 / TUTOR

ACLARACIÓN
VÁLIDO COMO REGISTRO DE FIRMA



COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON (A-320)

AUTORIZACIÓN PARA EL CAMPO DE DEPORTES

Horarios de salida de los micros: **13:30 HS**

MARTES: 1º y 2º año nivel secundario

VIERNES: 3º, 4º y 5º año nivel secundario

Los alumnos deberán estar puntuales, ya que los micros salen a horario.

Tener en cuenta que regresamos 16:30hs.

Las prácticas se realizarán en el **Club Gimnasia y Esgrima de Buenos Aires (GEBA)**. Habitualmente se hará en la sede Jorge Newbery, Marcelino Freyre 3831, CABA. En caso de alguna reprogramación se utilizará también la sede San Martín, Av. Figueroa Alcorta 5575, CABA.

Recuerden que para poder concurrir al campo de deportes los alumnos deberán tener el apto físico extendido por el pediatra al día (con fecha 2026).

Excepcionalmente, ante la imposibilidad de concurrir al campo, por cuestiones climáticas u otras contingencias, solicitamos vuestra autorización para trasladar a los alumnos en los micros a otro predio más cercano.

Dirección Secundaria

Bs. As, ____/____/____

✂ _____

Autorizo a mi hija/o de grado
a concurrir al Club Gimnasia y Esgrima de Buenos Aires (GEBA) y/u otro predio más
cercano, en los días y horarios correspondientes a las prácticas deportivas.

FIRMA DEL PARENTAL/TUTOR

ACLARACIÓN



COLEGIO INGLÉS HORACIO WATSON (A-320)

AUTORIZACIÓN DE EVACUACIÓN

Autorizo la participación de mi hijo/a de los simulacros de evacuación que se realizarán durante el presente ciclo lectivo en ambos turnos.

Asimismo expreso autorización al personal del Colegio Inglés Horacio Watson para la toma de decisiones necesarias en caso de emergencia, procediendo según el plan de evacuación vigente.

NOMBRE DEL ALUMNO:

FIRMA DEL PARENTAL o TUTOR:

ACLARACIÓN: DNI:

Bs. As, ____/____/____



COLEGIO HORACIO WATSON (A - 320)

RETIROS ANTICIPADOS

Autorizo a mi hijo/a, de
..... año, a retirarse anticipadamente del Colegio en caso de:

- Suspensión de actividad deportiva.
- Realización de dicha actividad en horario reducido de 13:30 a 15:00 hs.
(horario de lluvia)

En ambos casos, los alumnos deberán presentar el día hábil inmediato posterior la nota firmada, en la que se informa la modificación horaria realizada. De no hacerlo, corresponderá computar inasistencia.

Me notifico que para retirarse anticipadamente en caso de ausencia de algún profesor, realizar visitas didácticas, participar en competencias deportivas y otras actividades propuestas por la Institución (en el Colegio u otro predio) durante el ciclo lectivo 20...., deberán contar con la autorización correspondiente firmada según las reglamentaciones vigentes (en papel con alguna de las firmas registradas).

Entiendo que las autoridades escolares velarán por su seguridad y las eximo de responsabilidad en caso de accidentes no imputables al personal.

FIRMA DEL PARENTAL 1 / 2 / TUTOR:.....

ACLARACIÓN:..... DNI:

Bs. As, ____/____/____



SISTEMA ESCOLAR DE CONVIVENCIA, PAUTAS PARA ALUMNOS Y REGIMEN DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

Me notifico y acepto las pautas arriba mencionadas.

Me comprometo a cumplir y hacer cumplir por el alumno todas las obligaciones establecidas en las reglamentaciones oficiales y el Reglamento Interno.

NOMBRE DEL ALUMNO:

CURSO:FECHA:.....

FIRMA DEL ALUMNO/A:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACIÓN:..... DNI:.....