Fundación Effetá
Instituto Padre Domingo Viera
NIVEL INICIAL

MATRICULACIÓN NIVEL INICIAL 2027

- **FECHA DE MATRICULACIÓN:**
  Sala de 4 años: **15 DE DICIEMBRE**
  Sala de 5 años: **16 y 17 DE DICIEMBRE (FEBRERO A DEFINIR)**

- **LUGAR:** Instituto Padre Domingo Viera Nivel Inicial y Primario (Hnos Maure 650, Villa Oviedo)

- **HORARIO: de 09.00 a 12:00 hs.**

ATENCIÓN:
Las familias que **no concurran el día de la matriculación y/o no abonen en tiempo y forma los aranceles pierden automáticamente el derecho de inscripción**, pasando el colegio a disponer libremente de las vacantes que se produzcan, sin dar lugar a reclamos posteriores. La matriculación se concretará con la presentación de la **documentación completa** solicitada en el listado y con el **pago total del monto de la matrícula**

- **COSTO MATRICULACIÓN:**
  Sala de 4 años: Diciembre $ 140.000 (se puede pagar en 2 cuotas de $ 70.000 en noviembre y diciembre, pero **deberá estar abonada en forma completa al momento de matricular)**
  Sala de 5 años: Diciembre $ 140.000 o 2 cuotas de $ 70.000 (en noviembre y diciembre)
  Febrero $ 160.000

Para matricular deberá contar con el libre deuda de cuotas escolares, incluido el mes de diciembre (sin excepción).

Se abona en el área de Administración, Edificio del Instituto Padre Domingo Viera Nivel Inicial y Primario (calle Hermanos Maure 650)

- **CUOTAS ESCOLARES:** Serán **10 cuotas escolares anuales, de MARZO a DICIEMBRE.**
  Las cuotas escolares se podrán pagar de manera presencial en el Área de Administración o mediante transferencia bancaria.

ACTA ACUERDO:

- GARANTIZAR la asistencia regular de su hijo/a. **EVITAR faltas innecesarias** ya que interrumpe el proceso de aprendizaje.
- CUMPLIR con los horarios de **ingreso y egreso al jardín**, como así también el horario de salida del comedor a aquellos inscriptos en PAICOR.
- JUSTIFICAR las inasistencias de su hijo/a la escuela de manera oportuna y adecuada. En caso de que el alumno falte por cuestiones de salud, se deberá presentar el certificado médico correspondiente.
- LEER todas las notas y **firmarlas**. Esto favorece la comunicación y el vínculo con el hogar, para ello garantizar que el cuaderno de comunicados esté diariamente en la mochila.
- ASISTIR a las reuniones y/o entrevistas convocadas por la escuela, como así también a los talleres organizados especialmente para padres.
- RESPETAR los horarios establecidos por las docentes para recibir a los padres. No interrumpir en horarios de clase.
- LLEVAR al niño al médico cuando esté enfermo y para control. En caso de enfermedad no debe asistir a la escuela, **la docente no le suministrará ningún medicamento**.
- COMUNICAR situaciones especiales que esté atravesando el estudiante o la familia, que se considere que puedan ser significativos para el trabajo escolar.
- COOPERAR con el cumplimiento de actividades institucionales como comisión de padres, peña familiar, etc. **ayudando por lo menos en una actividad anual**.
- COMPRENDER que el Campo- Escuela, es un espacio más de la institución, por lo que la asistencia a las actividades que allí se desarrollen **son obligatorias**.
- ACEPTAR el encuadre institucional en el que se inscribe a su hijo, atendiendo al proyecto de la FUNDACIÓN respetando y haciendo propios los valores establecidos.
- CUMPLIR con el **pago mensual** de las cuotas escolares terminando el ciclo escolar sin deudas para la matriculación del año siguiente.
- RESPETAR el uniforme escolar de uso obligatorio.
- **El alumno no será entregado a ningún familiar menor de edad, ni a aquel que no esté autorizado con fotocopia de DNI en el legajo. Es responsabilidad de la familia comunicar a la docente en caso que hubiera algún cambio en las personas autorizadas a retirar al niño.**

GRACIAS POR ELEGIRNOS Y CONFIARNOS LA EDUCACIÓN DE SU HIJO

FIRMA /ACLARACIÓN/DNI

UNIFORME DE USO OBLIGATORIO: Remera de algodón gris melange con mangas verde inglés, cuello redondo, con logo de la escuela. Buzo de algodón, gris melange, con logo. Campera negra, de polar o de algodón, con logo. Pantalón de jogging color azul marino. Zapatillas negras, preferentemente con abrojo (evitar sandalias, ojotas, zapatos con taco). Mochila de acrocel color verde oscuro, con cierre superior y con nombre bordado en frente. Servilleta, mantel y toalla verde (con fuelle verde) y tira para colgar, todo bordado con el nombre del niño/a. Tasa y plato de cualquier color, liso (sin dibujos infantiles). Los abrigos deben tener nombre. El uniforme puede adquirirse donde la familia considere, a quien le interese, podemos facilitarle el contacto de una modista que realiza uniformes para la escuela.

Presentación:

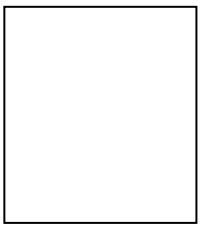
- Cabello corto o recogido, en caso de flequillo evitar que tape los ojos. Sin ningún tipo de teñidos.
- Para mayor seguridad, no podrán asistir con aros colgantes, collares, piercing; ningún tipo de bijouterie.
- No se permite el uso de maquillaje, ni uñas pintadas y/o decoradas (esculpidas).

Listado de documentación necesaria para matricular:

- ☑ Acta Acuerdo
- ☑ Ficha de datos original completa.
- ☑ Fotocopia de la factura de pago de matrícula.
- ☑ 4 fotos carnet color 4 x4.
- ☑ 3 fotocopias de DNI del estudiante (de ambos lados)
- ☑ Fotocopia de DNI de Padres y/o tutores.
- ☑ Fotocopia de DNI de las personas autorizadas a retirar al estudiante.
- ☑ Ficha de autorización de retiro.
- ☑ Ficha de autorización de difusión de imágenes y voz del estudiante.
- ☑ Permiso de vinculación con padrinos y madrinas.
- ☑ Fotocopia de partida de nacimiento legalizada (solo para ingresantes)
- ☑ Fotocopia del carnet de vacunas.
- ☑ Acta Acuerdo Compromiso de Pago
- ☑ Ficha médica completa por el médico de cabecera (CUS) original y copia.
- ☑ Informe de salud anual completado por los responsables parentales (ISA)

Fundación Effetá
Instituto Padre Domingo Viera
NIVEL INICIAL

FICHA DE DATOS – NIVEL INICIAL
SALA DE ……. AÑOS
(presentar por duplicado esta página)



DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombres y Apellidos: …… Sexo: F - M

CUIL:…..Edad: …….. Fecha de nacimiento: ……..……..

Lugar de nacimiento: …… Nacionalidad:……

Domicilio: ……Nº:……

Barrio:……..……Localidad:……..……..……

Teléfonos de contacto: (1)……(2) ……

Teléfono de emergencia: ……..…… Referente:……..……

SALUD:

Estado de salud general:……..……

Alérgico a: …… …… Grupo Sanguíneo: ……..……

Obra Social: ……..…… Numero de afiliado: ……

Lugar donde se atiende: ……Pediatra de cabecera: ……

DATOS DE LOS REFERENTES PARENTALES:

Madre o Tutora: …….. Edad:……

CUIL:……Fecha de nacimiento:……. Nacionalidad:……

Teléfono:……..Ocupación: ……

Horarios de trabajo: ……

Lugar de trabajo: ……..…… Teléfono laboral: ……

E-Mail: .....

Padre o Tutor: ……..……..…Edad:…..……

CUIL: ……Fecha de nacimiento:……..……. Nacionalidad:……

Teléfono: …… Ocupación: ……..……

Horarios de trabajo: ……..

Lugar de trabajo: ……Teléfono laboral: ……

E-Mail: .....

IMPORTANTE: Es obligación de las familias informar los cambios de números telefónicos de contacto que ocurran a lo largo del año

Fundación Effetá
Instituto Padre Domingo Viera
NIVEL INICIAL

AUTORIZACION DE RETIRO

Por la presente yo, (responsable legal) _____
DNI: _____, autorizo a las siguientes personas, a retirar a (apellido y nombre) _____ de la Institución, en caso de ser necesario. Aceptando que **no será entregado a ninguna otra que no se encuentre en la lista** (sin previo aviso) ni a menores de edad, no comprometiendo a las docentes a cargo.

Personas autorizadas:

	Nombre y Apellido	**Edad**	**DNI**	**Parentesco**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

_____ _____ _____

Firma Aclaración DNI

AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN DE IMÁGENES Y VOZ DE LOS ESTUDIANTES

Las tecnologías de información y comunicación que se encuentran al alcance de las instituciones educativas transforman la relación entre la institución y la comunidad, permiten la intercomunicación y el intercambio entre los estudiantes y son formas democráticas de participación y espacios de difusión de los diferentes proyectos y actividades. Nuestra escuela utiliza dichos medios para salir hacia la comunidad y mostrar nuestras propuestas pedagógicas de aprendizaje de los estudiantes.

Dado que dichos medios gráficos, televisivos y otros como internet nos posibilitan la difusión de voz e imágenes, **desde el Instituto Padre Domingo Viera, Nivel Inicial y Primario, se solicita el consentimiento a los responsables parentales de los estudiantes, para poder publicar las actividades que se realizan en la escuela, como difundir imágenes y voces de los estudiantes**, sin identificación personal del niño/a, trabajando individualmente o en grupo, de las actividades que se realizan dentro de las aulas y fuera de la Institución como visitas a Museos, Feria de Libro, Bibliotecas, Visitas de Artistas Locales, Feria de Ciencias, etc.

Por la presente autorizo a Fundacion Effetá y al Instituto Padre Domingo Viera, a difundir imágenes, voz y/o videos del estudiante (nombre y apellido) _____DNI _____ y a ser publicadas en redes sociales, la página web, Facebook Institucional, grupo de whatsapp institucional de familias, noticieros locales y de la provincia de Córdoba y medios digitales locales, entre otros.

Firma de Madre/Tutora:

Aclaración:

DNI:

Firma de Padre/Tutor:

Aclaración:

DNI:

PERMISO DE VINCULACIÓN CON PADRINOS Y MADRINAS

Familia:

Les queremos recordar que el "**Equipo de Padrinos y Madrinas**" de Fundación Effetá trabaja para que nuestros estudiantes tengan padrinos o madrinas que acompañen su trayectoria escolar. Cada padrino o madrina realiza un aporte mensual, **independientemente de si la familia solicita acompañamiento del Programa de Ayuda Escolar**, colaborando así, desinteresadamente, en la sostenibilidad del proyecto

En el caso de que los padrinos o madrinas deseen conocer a los cursos, grados o salas que acompañan, el Instituto intercede para generar el encuentro, siempre con un docente presente y en el edificio del Instituto.

Por esto, solicitamos su autorización en el caso de que sea deseo del padrino o madrina conocer al curso, grado o sala al que asiste su hijo/a.

Yo ……, con DNI N° ……

AUTORIZO a ……., con DNI N° ……..., a conocer al padrino o madrina de su curso en las instalaciones del Instituto Padre Domingo Viera, con la supervisión del docente responsable.

Importante: En ningún caso se facilita datos de los estudiantes desde la escuela, como ser nombre completo, dirección, teléfono o contacto.

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	DNI

Fundación Effetá
Instituto Padre Domingo Viera
NIVEL INICIAL

ACTA ACUERDO COMPROMISO DE PAGO

Alta Gracia, Córdoba a los _____ días del mes de Diciembre del año 2026

En contraprestación por la enseñanza que el INSTITUTO brindará, LOS ADULTOS RESPONSABLES PARENTALES del estudiante _____ _____ DNI _____ que asiste a la Sala de ____ años del Nivel Inicial en nuestra INSTITUCIÓN EDUCATIVA, se comprometen a abonar al INSTITUTO un **arancel anual** dividido en **diez cuotas mensuales (desde el mes de marzo al mes de diciembre), consecutivas, pagaderas por adelantado del día 1 al 15 de cada mes.**

Asimismo, corresponde abonar como condición previa para el ingreso del estudiante al INSTITUTO, la suma de suma dispuesta como matrícula, la cual no será reintegrada en ningún supuesto. Las cuotas de aranceles son indivisibles, es decir, son independientes de la cantidad de días de asistencia que se registre de cada estudiante en el mes en cuestión, sea por causas particulares o propias del calendario escolar y/o caso fortuito o fuerza mayor; ello por cuanto la contraprestación de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA es indivisible, ya que los aranceles se establecen considerando toda la enseñanza a impartir en el año 2027, para todo el plan de continuidad pedagógica, ya sea presencial o virtual o ambos conjuntamente, siendo la obligación de pago única, aún cuando pueda ser cancelada en cuotas mensuales. Por esta razón, bajo ninguna circunstancia podrán los ADULTOS RESPONSABLES PARENTALES solicitar ni pretender que se les exima de cumplir una parte cualquiera de la obligación de pago que se asume.

El INSTITUTO se reserva la facultad de incrementar unilateralmente el monto de las cuotas, teniendo en cuenta la evolución general de la economía del país con la sola condición de comunicarlo a LOS ADULTOS RESPONSABLES PARENTALES Y/O RESPONSABLES DE PAGO. Tal facultad se realizará en cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes en la materia. Se prevé que para los supuestos de atraso en el pago del arancel, la mora se producirá de pleno derecho sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna; queda facultado el INSTITUTO a exigir a LOS RESPONSABLES PARENTALES Y/U OTRO RESPONSABLE DE PAGO el abono de los recargos por mora que devengará un interés equivalente a la tasa pasiva del BNA, sobre el valor factura, todo sin perjuicio del derecho de la INSTITUCIÓN a poder informar a las entidades de riesgo crediticio, los datos personales de LOS RESPONSABLES PARENTALES Y/U OTRO RESPONSABLE DE PAGO (si estuviere designado) como deudores.

En caso de incumplimiento acepto las disposiciones tomadas por la institución.

RESPONSABLE PARENTAL 1

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

TELÉFONO:_____

Dirección: _____

Localidad: _____

FIRMA Y ACALARACIÓN:

RESPONSABLE PARENTAL 2

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

FIRMA Y ACALARACIÓN:

Ministerio de SALUD — Ministerio de EDUCACIÓN — CÓRDOBA — ENTRE TODOS

CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../..... D.N.I. Nº:.....
Apellido y Nombre:.....
Fecha Nacimiento: ...../...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:..... .....
Domicilio:..... Localidad:.....Tel:.....

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON: .....
.....

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:
.....
....
Cirugías: .....
Cardiovasculares: .....
Trauma c/alt.funcional: .....
Alergias (especificar):.....
Oftalmológicos:.....
Auditivos:.....

Diabetes ☐ Asma ☐
Chagas ☐ Hipertensión ☐
Neurológico ☐
Otras:.....

3. CONDICIONES DE RIESGO:.....
.....

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS: .....
.....

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

	SI	NO
Cansancio extremo.....	☐	☐
Falta de aire.....	☐	☐
Pérdida de conocimiento.....	☐	☐
Palpitaciones.....	☐	☐
Precordalgias.....	☐	☐
Cefaleas.....	☐	☐
Vómitos.....	☐	☐

Otros. .....
.....

EXÁMEN FÍSICO
Peso.....Talla.....IMC.....
Diagnóstico Antropométrico:.....

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
¿Solicita Plan Alimentario Especial para Comedor Escolar? SI ☐ NO ☐
¿Cuál?
:.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO
Agudeza Visual
Der:..... Izq.....
☐ ☐
Usa anteojos

Otros:.....

EXAMEN FONOAUDIOLOGICO.....
.....
EXÁMEN PIELY T.C.S.C.....
.....
EXAMEN ODONTOLOGICO.....
.....
EXÁMEN CARDIOVASCULAR
Auscultación:.....
Arritmia:.....
Soplos.....
Tensión Art: .....
EXÁMEN RESPIRATORIO.....
.....
EXÁMEN ABDOMEN.....
.....
EXÁMEN GENITOURINARIO.....
☐ ☐
Menarca..... ☐ ☐
Turner.....

EXAMEN ENDOCRINOLOGICO.....
EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna	Nor.	Cif.	Lord.	Esc.
Miembros Sup.				
Miembros Inf.				

EXÁMEN NEUROLÓGICO
.....
COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES. (Adjuntar informes)
.....

Hago constar que.....se encuentra en condiciones para el ingreso escolar, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.E. 57 de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.

ESTA DOCUMENTACION ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACION LEGAL DE LA DIRECCION DEL CENTRO EDUCATIVO, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO.

NOTIFICADO .....
Firma del padre / madre/ Tutor /a

.....
Firma y sello del Médico

Ministerio de SALUD Ministerio de EDUCACIÓN CÓRDOBA ENTRE TODOS

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) **Lugar y Fecha**……
Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior. -
Edad……. Peso…….. Talla…… IMC…… Diag. Antropométrico……
ANTECEDENTES:……
……
EXAMEN FISICO:……
……
ESTADO DE SALUD: Normal ☐ Derivado a: …… Debe volver:……
Observaciones / Recomendaciones:
……

Notificado …… ……

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) **Lugar y Fecha……..**
Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-
Edad……. Peso…….. Talla…… IMC…… Diag. Antropométrico:……
ANTECEDENTES: ……
……
EXAMEN FISICO:……
……
ESTADO DE SALUD Normal ☐ Derivado: …… Debe volver:
……
Observaciones / Recomendaciones:
……

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) **Lugar y Fecha……..**
Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-
Edad……. Peso…….. Talla…… IMC…… Diag. Antropométrico……
ANTECEDENTES: ……
……
EXAMEN FISICO:
……
……
ESTADO DE SALUD Normal ☐ Derivado: …… Debe volver:……
Observaciones / Recomendaciones:
……

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) **Lugar y Fecha……..**
Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior.-
Edad……. Peso…….. Talla…… IMC…… Diag. Antropométrico……
ANTECEDENTES: ……
……
EXAMEN FISICO:
……
……
ESTADO DE SALUD Normal ☐ Derivado:…… Debe volver: ……
Observaciones / Recomendaciones:
……

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.) **Lugar y Fecha……..**
Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales/patológicos con respecto al examen anterior. -
Edad……. Peso…….. Talla…… IMC…… Diag. Antropométrico……
ANTECEDENTES:……
……
EXAMEN FISICO:
……
……
ESTADO DE SALUD Normal ☐ Derivado: …… Debe volver:
……
Observaciones / Recomendaciones:

Ministerio de SALUD Ministerio de EDUCACIÓN GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ENTRE TODOS

INFORME DE SALUD ANUAL (I.S.A.)

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer información actualizada del **Estado de Salud** de su hijo/a.
Deberá presentarse anualmente y al inicio del Ciclo Lectivo.

A) DATOS GENERAL

Fecha……..

Apellido y Nombre del Alumno:……

D.N.I.:……

Escuela:……..…Curso:……Turno:……

Edad:…….Sexo:……Fecha de Nacimiento:……

Domicilio:……..Localidad:……..

Teléfono:……Obra Social: **SI / NO** Cuál:……Grupo Sanguíneo…..…

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: ¿Cuáles? Recibe atención médica: **SI / NO**

……

……

Toma medicación alguna SI / NO Cuál es?

……

……

¿Padece alguna de estas patologías?:

Alergias ☐ Cardiovasculares ☐ (arritmia, hipertensión arterial, etc.) Diabetes ☐

Neurológicas ☐ Oftalmológica ☐ Auditivas ☐

(convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

C) Sres. Padres / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

……
……
……
……
……
……

D) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo.

……..
Firma del Padre, Madre o Tutor

……..
Aclaración

D.N.I. Nº:……..