

INFORMACIÓN IMPORTANTE

➤ PROCEDIMIENTO DE MATRICULACIÓN PARA INGRESANTES

NIVEL INICIAL 2023- SALA DE 4 Y 5 AÑOS

- **Papelería necesaria:** desde el miércoles 7 de diciembre, se deberá descargar e imprimir desde la página web : www.effeta.org.ar la documentación necesaria para matricular a los ingresantes. Completarla y presentarla el día de matriculación.
- **Costo de la matrícula** \$ 8.000. La matrícula deberá abonarse de manera completa, en el área de administración de Fundación Effetá. Edificio del Instituto Secundario Agrotécnico, calle Hermanos Maure 650 (ex San Juan). Horarios de atención: lunes a viernes de 8:30 hs a 15:30 hs. La fotocopia de la factura del pago de matrícula, deberá presentarse el día de matriculación, junto a la demás papelería. **En caso de ingresantes que tengan hermanos en la Institución, para matricular, se deberá contar con el libre deuda de cuotas escolares, incluido el mes de diciembre (sin excepción).**
- **Día de matriculación:** miércoles 14 de diciembre de 10:00 a 12:00 hs.
- **Lugar de matriculación:** Instituto Nivel Inicial y Primario. Tucumán 437.

Las familias que no concurren 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.

Dudas y consultas: vía whatsapp al celular institucional 3547452733.



INSTITUTO PADRE DOMINGO VIERA NIVEL INICIAL



MATRICULACIÓN SALA DE 4 AÑOS 2023

- ❖ **FECHA DE MATRICULACIÓN: 14 DE DICIEMBRE**, en el edificio del Instituto Padre Domingo Viera Nivel Inicial y Primario (Tucumán 437, Barrio Don Bosco)-.
- ❖ **HORARIO:** de 10.00 a 12:00 hs

ATENCIÓN:

Las familias que no concurren 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 matrícula.

- ❖ **COSTO MATRICULACIÓN: \$8000**
Deberá ser abonada en forma completa antes del día de la matriculación en el área de administración de Fundación Effetá, Edificio del Instituto Agrotécnico Padre Domingo Viera (calle Hermanos Maure 650).
- ❖ **CUOTAS ESCOLARES: Serán 10 cuotas escolares anuales, de MARZO a DICIEMBRE.** Las cuotas escolares se podrán pagar todos los días en la Secretaría Escolar de Fundación Effetá (calle Hermanos Maure 650).

ACTA ACUERDO:

- GARANTIZAR la asistencia regular de su hijo/a. EVITAR faltas innecesarias ya que irrumpe el proceso de aprendizaje.
- CUMPLIR con los horarios de ingreso y egreso al jardín, como así también el ingreso al 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. El cuaderno de comunicaciones pertenece a la institución, y es únicamente de uso de la misma, por lo que luego de una nota debe regresar a la institución firmada y en condiciones. En caso de pérdida la familia responderá ante el mismo.
- 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 al jardín, la docente **no le suministrará ningún medicamento**.
- COMUNICAR situaciones especiales que estén atravesando el alumno 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.
- 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. (Se abona en la Secretaría de Fundación Effetà: Hermanos Maure 650)
- RESPETAR el uniforme escolar: pintorcito verde y mochila del jardín. Zapatillas, evitar sandalias o calzado incómodo.

- **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

Sala de 4 años: Pintor de acrocel color verde oscuro liso, sin mangas, con bolsillo color amarillo trigo, con broches o tiritas para atar. Logo institucional bordado del lado izquierdo y nombre del niño (Sin apodos ni diminutivos) del lado derecho, en IMPRENTA MAYÚSCULA. 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).



Debajo deberán traer jogging de cualquier color o pantalón con elástico en la cintura. Remera, campera o buzo. Los abrigos deben tener nombre. Zapatillas de cualquier color, preferentemente con abrojo (evitar sandalias, ojotas, zapatos con taco). **Varones pelo corto, niñas pelo recogido, uñas sin pintar, evitar aros colgantes.**

Listado de documentación necesaria para matricular:

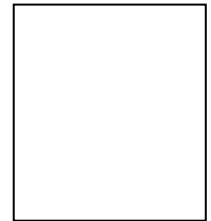
- Ficha de datos original completa.
- Fotocopia del comprobante del pago de matrícula.
- 4 fotos carnet color 4 x4.
- 3 fotocopias de DNI del alumno (de ambos lados)
- Fotocopia de DNI de Padres y/o tutores.
- Fotocopia de DNI de las personas autorizadas a retirar al alumno.
- Ficha de autorización de retiro y autorización paseos.
- Ficha de autorización de difusión de imagen del alumno.
- Fotocopia de partida de nacimiento legalizada
- Fotocopia del carnet de vacunas.
- Ficha medica completa por el médico de cabecera (CUS) original y copia.
- Informe de salud anual completada por los padres (ISA)
- Ficha de habilidades familiares.



INSTITUTO PADRE DOMINGO VIERA NIVEL INICIAL



FICHA DE DATOS SALA DE 4 AÑOS



DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombres y Apellidos:
CUIL: Edad: Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento: Nacionalidad:
Domicilio: N°:
Barrio: Localidad:
Teléfono FIJO: CELULAR:
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 PADRES O TUTORES:

Madre o Tutora: Edad:
CUIL: Fecha de nacimiento: Nacionalidad:
Teléfono: Ocupación:
Horarios de trabajo:
Lugar de trabajo: Teléfono laboral:

Padre o Tutor: Edad:
CUIL: Fecha de nacimiento: Nacionalidad:
Teléfono: Ocupación:
Horarios de trabajo:
Lugar de trabajo: Teléfono laboral:

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

**INSTITUTO PADRE DOMINGO VIERA
NIVEL INICIAL Y PRIMARIO**

AUTORIZACION DE RETIRO

Por la presente autorizo a retirar a mi hijo/a _____
_____ DNI: _____, a las siguientes
personas, 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

AUTORIZACION DE PASEO

Por la presente autorizo a mi hijo/a _____,
DNI: _____, a realizar todos los paseos **dentro del barrio**, que se
programen en el marco de los proyectos pedagógicos planteados a lo largo del año, en el
horario y turno que sean necesarios, según lo requiera la ocasión, en compañía de sus docentes.

Firma

Aclaración

DNI



**INSTITUTO PADRE DOMINGO VIERA
NIVEL INICIAL Y PRIMARIO**



FICHA DE HABILIDADES FAMILIARES 2023

Nombre del alumno/a: _____ Sala/Grado: _____

¿En que podrían colaborar con la escuela, qué les gustaría hacer?



¡Pensar en los talentos que tienen para ofrecernos!

Disfrazarme en actos	Preparar la merienda	Coser
Limpiar	Mantener el patio	Contar cuentos
Arreglos y mantenimiento	Cantar	Tocar instrumentos
Cocinar	Hacer manualidades	Decorar
Acompañar en salidas	Actuar	Pintar
Dar una charla sobre:	Integrar comisión de padres	Otros ¿Cuáles?

Pueden contar conmigo para:

Mamá/Tutora/ Otro familiar. Nombre: _____

Papá/Tutor/ Otro familiar. Nombre: _____

Firma madre/padre/tutor



AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN DE IMÁGENES DE LOS ALUMNOS
CON FINES EDUCATIVOS 2023

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 alumnos 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 alumnos.

Dado que dichos medios gráficos, televisivos y otros como internet nos posibilitan la difusión de imágenes, desde la **Instituto Padre Domingo Viera, Nivel Inicial y Primario**, se solicita el consentimiento a los padres de los alumnos para poder publicar las actividades que se realizan en la escuela, como **difundir imágenes de los alumnos**, sin identificación personal del niño, 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 Fundación Effetá y al Instituto Padre Domingo Viera, a realizar un uso pedagógico de las imágenes y/o videos de mi hijo/a _____

_____ DNI: _____, y a ser publicadas en la página web, Facebook Institucional, grupo de whatsapp institucional de padres, noticieros locales y de la provincia de Cordoba y diarios locales.

Firma de Madre/Tutora:

Aclaración:

DNI:

Firma de Padre/Tutor:

Aclaración:

DNI:

Alta Gracia, Córdoba a los _____ días del mes de _____ del año 20_____.

ACTA ACUERDO COMPROMISO DE PAGO

En contraprestación por la enseñanza que el INSTITUTO brindará al estudiante, LOS ADULTOS RESPONSABLES PARENTALES de

_____ DNI _____ que

curso el _____ grado/año de 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, por un valor de \$ _____

(_____) Asimismo, corresponde abonar como condición

previa para el ingreso del alumno al INSTITUTO, la suma de pesos

_____ en concepto de 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 alumno

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 20____, 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:

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. N°:.....

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. N°:.....

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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precordalgias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ACTUALIZACION / RENOVACION ANUAL (C.U.S.)

Lugar y Fecha.....

Este nuevo examen médico presenta los cambios biológicos normales 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:
.....