

# Fundación EFFETÁ

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### PROCEDIMIENTO DE MATRICULACIÓN PARA INGRESANTES NIVEL INICIAL 2024- SALA DE 4 Y 5 AÑOS

- **Papelería necesaria:** desde el **LUNES 6 de NOVIEMBRE**, se deberá descargar e imprimir desde la página web: **www.fffeta.org.ar** la documentación necesaria para matricular a los ingresantes. Asimismo, estará disponible en “El Kiosco del Hombre Araña” (Arz Castellanos esq Liniers, B° Sur).  
La papelería deberá ser completada y **se presentará el día de matriculación.**

- **Día de matriculación:** **lunes 11 y martes 12 de diciembre**
- **Horario:** de 09:00 a 11:00 hs
- **Lugar de matriculación:** Edificio del Instituto Nivel Inicial y Primario. **Tucumán 437.**

- **Costo de la matrícula** \$ 20.000.

La matrícula podrá abonarse **desde el lunes 6/11/23**, 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 jueves 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).**

**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 2024

- ❖ **FECHA DE MATRICULACIÓN: 11 y 12 DE DICIEMBRE**, en el edificio del Instituto Padre Domingo Viera Nivel Inicial y Primario (Tucumán 437, Barrio Don Bosco)-.
- ❖ **HORARIO:** de 09.00 a 11:00 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: \$ 20.000**  
Deberá ser abonada **en forma completa, desde el 6/11/23,** 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 de manera presencial en el Área de Administración de Fundación Effetá (calle Hermanos Maure 650) o mediante transferencia bancaria.

## 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 estudiante 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 familias.
- RESPETAR los horarios establecidos por las docentes para recibir a las familias. 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 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 familias, 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. (Se abona en el Área de Administración de Fundación Effetá: Hermanos Maure 650).
- RESPETAR el uniforme escolar.
  
- **El estudiante 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/A

-----  
RESPONSABLE PARENTAL

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 **abrigo**s 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, sin ningún tipo de teñidos.
- No se permite el uso de aros colgantes, collares, piercing; ningún tipo de bijouterie.
- No se permite el uso de maquillaje, ni uñas pintadas y/o decoradas.

## **Listado de documentación necesaria para matricular:**

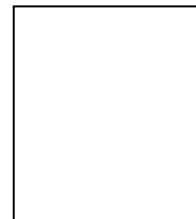
- Ficha de datos original completa.
- Fotocopia de la factura de pago de matrícula.
- 4 fotos carnet color 4 x4.
- 3 fotocopias de DNI del estudiante (de ambos lados)
- Fotocopia de DNI de Padres y/o tutores.
- Fotocopia de DNI de las personas autorizadas a retirar al estudiante.
- Ficha de autorización de retiro y autorización paseos.
- Ficha de autorización de difusión de imagen del estudiante.
- 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 completado por los resp. parentales (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:.....  
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: .....

**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.



### **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:**

	<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Edad</b>	<b>DNI</b>	<b>Parentesco</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Aclaración

\_\_\_\_\_

DNI

### **AUTORIZACION DE PASEO**

Por la presente autorizo 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

## FICHA DE HABILIDADES FAMILIARES 2024

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

---

---

---

---



**AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN DE IMÁGENES DE LOS ESTUDIANTES  
CON FINES EDUCATIVOS 2024**

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 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 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 Fundación Effetá y al Instituto Padre Domingo Viera, a realizar un uso pedagógico de las imágenes 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:



# Fundación EFFETÁ

Alta Gracia, Córdoba a los \_\_\_\_\_ días del mes de Diciembre del año 2023.

## ACTA ACUERDO COMPROMISO DE PAGO

En contraprestación por la enseñanza que el INSTITUTO brindará, LOS ADULTOS RESPONSABLES PARENTALES del estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

que cursa \_\_\_\_\_ 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 pesos \$20.000 **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 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 2024, para todo el plan de continuidad pedagógica, ya sea presencial o virtual o ambos conjuntamente, siendo la obligación de pago única aun 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

# Fundación EFFETÁ

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: