

CONDICIONES NECESARIAS PARA REALIZAR LA INSCRIPCIÓN

(Marcar la casilla de lo que ya se haya cumplido)

1) Entrevista previa entre los padres o tutores del niño y la dirección del Colegio.

2) Completar formularios:

- Datos del niño y su familia
- Datos de contacto de los padres
- Datos médicos y terapéuticos del niño
- Formulario de opción de pago de la escolaridad

3) Documentación a presentar (copias):

- Documento de identificación vigente del niño
- Carné de vacunas al día
- Certificado de aptitud física actualizado
- Partida de nacimiento del niño o libreta de matrimonio de los padres
- Antecedentes escolares del niño si los hay (carné de notas, evaluaciones, etc.)
- Diagnósticos médicos de enfermedades o patologías que pudiera tener el niño
- Informes técnicos de procesos o tratamientos terapéuticos (psicopedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo etc.)
- Teléfonos y nombres de los técnicos que atienden al niño.
- Certificado de "Libre deuda" de la institución de donde proviene el niño/a

Solicitamos a los papás o responsables del niño tomarse el tiempo necesario para completar los formularios y recabar toda la información y documentación que se solicita.

Entendemos que el tiempo que el niño pasa en la escuela forma parte muy importante de su vida y en este tiempo debemos atenderlo, cuidarlo y guiarlo en los múltiples aspectos de su personalidad y en la diversidad de sus problemáticas, es por eso que les pedimos que nos faciliten la mayor cantidad de información posible para poder atender a su hijo como corresponde.

CUPOS:

Atendiendo a los procesos individuales de aprendizaje, en toda su diversidad, es que nuestros cupos son limitados.

PRIMARIA: de 15 a 20 niños por clase y por grupo

EDUCACIÓN INICIAL: de 15 a 20 niños por clase y por grupo. El grupo de nivel 2 años nunca excederá los 15 niños.

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN

Ciudad de la Costa _____ de _____ de 20 _____

Solicito/amos a la dirección del Colegio Cuarahí que inscriba a mi/nuestro hijo/a:

Nombres:	Apellidos:
Edad:	En la clase de:

Datos complementarios del niño

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		
¿Tiene documento de identificación?	Tipo de documento:		
Número de documento:	Vencimiento:		
Of. de reg. Civil en que fue inscripto:	Teléfono de donde vive el niño:		
Dirección donde vive el niño:			
El niño vive con:	Mamá y Papá <input type="checkbox"/>	Mamá <input type="checkbox"/>	Papá <input type="checkbox"/>
Otras configuraciones familiares (especifique):			

Escolaridad anterior (si aplica)

Proviene de la institución educativa:	
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:

Madre, tutor o encargado:

Nombre:	Apellido:	Parentesco:
Edad:	Nacionalidad:	Ocupación:
Domicilio:		
Teléfono particular:	Móvil:	
Teléfono del trabajo:	Otro teléfono:	
Correo electrónico:		

Padre, tutor o encargado:

Nombre:	Apellido:	Parentesco:
Edad:	Nacionalidad:	Ocupación:
Domicilio:		
Teléfono particular:	Móvil:	
Teléfono del trabajo:	Otro teléfono:	
Correo electrónico:		

Otros integrantes del núcleo familiar:

Nombre:	Edad:	Parentesco:
Nombre:	Edad:	Parentesco:
Nombre:	Edad:	Parentesco:
Nombre:	Edad:	Parentesco:

DATOS MÉDICOS Y DE TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS DEL NIÑO

Datos médicos:	
Mutualista:	Teléfono:
Emergencia médica:	Teléfono:
Nombre del pediatra:	Vencimiento de las vacunas:
¿Es asmático? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tratamiento recibe?
¿Es alérgico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿A qué?
¿Cómo se manifiesta la crisis?	
¿Qué tratamiento recibe?	
Otras patologías o consideraciones a tener en cuenta:	
Tratamiento y cuidados:	
¿El niño toma alguna medicación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivo?
¿Cómo se le administra?	
¿Quién se la indicó?	

Operaciones o intervenciones quirúrgicas	
¿El niño ha tenido alguna intervención quirúrgica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Por qué motivo?	
¿Recibe medicación o tratamiento debido a esto?	

Indique enfermedades padecidas por el niño y en qué año		
Reumatismo	Difteria	Convulsiones
Tuberculosis	Tos convulsa	Epilepsia
Escarlatina	Diarrea	Varicela
Amigdalitis	Hepatitis	Viruela
Sarampión	Rubeola	Paperas
Otras (especifique):		

COMPROMISO DE PAGO

Ciudad de la Costa de de

En conformidad con la información recibida acerca de las cuotas vigentes para este año, solicito/amos a la Administración del Colegio Cuarahí tener en cuenta, para el cobro de la escolaridad del año de mi/nuestro hijo/s, lo siguiente:

Nombre y apellido del niño	Clase	Horario

Opto/amos por pagar la escolaridad correspondiente a este año lectivo.....

(indique su elección con una x)

- a) en 12 cuotas mensuales de marzo de 20..... a febrero de 20.....
- b) en 10 cuotas mensuales de marzo a diciembre de 20.....
- c) en un solo pago.

Solo para las opciones A o B

Me/nos comprometo/emos a hacer efectivas las cuotas mensuales antes del 10 de cada mes.

Después de esa fecha el Colegio Cuarahí realizará los recargos que correspondan.

Por este medio expreso/amos nuestra conformidad con los montos y los plazos para el pago de las cuotas de materiales del corriente año. Los recargos serán los mismos que para las cuotas mensuales.

Por este medio me notifico que, a partir de los días primero de los meses de agosto y febrero, la cuota mensual se incrementará para cumplir con la normativa salarial vigente. (Decreto de ley del 21 de febrero de 2007 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.)

Firma del padre:	Firma de la madre:
Aclaración:	Aclaración:
C.I.	C.I.
Domicilio:	Domicilio:
Teléfono:	Teléfono:
E-mail:	E-mail:

¡IMPORTANTE:

En el entendido de que los adultos responsables por el niño son AMBOS padres es que el Colegio Cuarahí se reserva el derecho de acudir a cualquiera de los dos si hubiera un atraso o incumplimiento de la cuota, es por eso que este compromiso de pago debe ser firmado por los dos padres (o quienes sean responsables legales del niño).



Este formulario es sólo para la opción 12 cuotas

VALE N°

SON.....

Vale por la suma de que pagaremos en forma indivisible y solidariamente al COLEGIO CUARAHÍ (Graciela Monzón).

A su orden en **2** cuotas mensuales y consecutivas de exigibles el día **de cada mes** a partir de la fecha de este documento.

Los pagos se efectuarán en cualquier sucursal del banco BBVA (Banco Bilbao Vizcaya Argentaria) en la cuenta 993200232 Caja de ahorro a nombre de Graciela Monzón, documentándose mediante recibos de depósito bancario correspondientes a cada amortización.

La falta de pago de dos de las cuotas en la fecha estipulada producirá la incursión en mora sin necesidad de interpelación judicial ni extrajudicial y hará exigible la totalidad del saldo, que devengará desde esa fecha el interés anual del **4%** hasta la completa cancelación de la deuda.

Para todos los efectos judiciales y extrajudiciales a que dé lugar esta obligación, constituimos domicilio que más abajo se indica.

Lugar y fecha: CIUDAD DE LA COSTA,/..../.....

Nombre y apellido:

Profesión:

Domicilio:

Documento de identidad:

Teléfono de contacto:

FIRMA.....

CONTRAFIRMA.....