

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 10 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:

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 11 cuotas mensuales de febrero de 20..... a diciembre de 20.....
- b) en un solo pago (Anualidad)

Solo para la opción A

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).