



**Escuela Municipal de Bellas Artes
"Intendente Ángel Orlando Pedrazzoli"**

25 de Mayo 2477 - TE 428470
E- mail: bartes@sanjustosf.com.ar
San Justo. Santa Fe.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres:

D.N.I N°:

Lugar y Fecha de Nacimiento:Edad:

Domicilio: Localidad:

Teléfono:

e-mail:

Escuela a la que asiste: Grado/ año:

Datos padre, madre o tutor: Nombre:.....

Telefono 1: Telefono 2:

Capacitaciones en las que se inscribe (marcar)

DANZA		Marca X	
	CLASICO		
1er CICLO	Iniciación	I	
		II	
		III	
		IV	
	Preparatoria		
2do CICLO		I	
		II	
		III	
		IV	
3er CICLO	Elemental	I	
		II	
CAPACITACION	Básico	I	
		II	
	Medio	I	
		II	



DANZA			Marca X
JAZZ			
	Preparatoria		
2do CICLO		I	
		II	
		III	
		IV	
3er CICLO	Elemental	I	
		II	
CAPACITACION	Básico	I	
		II	
	Medio	I	
		II	
CONTEMPORANEO			
2do CICLO	Elemental	I	
		II	
3er CICLO	Básico	I	
		II	
CAPACITACION		I	
		II	

GUITARRA			Marca X
	Iniciación		
1er CICLO		I	
		II	
	Preparatoria		
2do CICLO		I	
3er CICLO	Elemental	I	
CAPACITACION	Básico	I	
	Medio	I	

ARTE			Marca X
	Iniciación		
1er CICLO		I	
		II	
		III	
		IV	
	Preparatoria		
2do CICLO		I	
		II	
		III	
3er CICLO	Elemental	I	
CAPACITACION	Básico	I	
		II	
	Medio	I	
		II	



INGLES		Marca X
1er CICLO	1er grado	
	2do grado	
	3er grado	
2do CICLO	Junior	
3er CICLO	1er grado	
	2do grado	
	3er grado	
	4to grado	
	5to grado	

Examen pendiente: SI/ NO. Año?.....



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD PARA ALUMNOS DE CAPACITACION

DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE

NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE:
VINCULO: TEL. DEL RESPONSABLE:
POSEE COBERTURA MEDICA: SI / NO. TIPO Y NOMBRE DE OBRA SOCIAL:
MEDICO DE CABECERA:

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO:

1- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- diabetes
- enfermedad cardiaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)
- hernia
- alergia (aclarar a que y como se trata)
- convulsiones
- asma
- sinusitis, adenoiditis, otitis
- otras (aclarar cuál)

2- Operaciones (aclarar mes y año)

- de apendicitis
- otras

3- Manifiesta algún problema...

- auditivo? Cuál?
- visual? Cuál?
- con algún tipo de alimento? Cuál?
- de sueño? Cuál?
- cuando viaja en algún medio de transporte? Cuál?
- con la práctica de deportes? Cuál?
- para retener la orina?
- de desviación de columna?
- de perdida de conciencia?
- de desmayos por golpe de calor?

SI	NO	OBSERVACIONES

4- ¿Actualmente toma algún medicamento?

Indique el nombre de la medicación y duración del tratamiento

Otra información que le parezca importante señalar:

La presente es solo una declaración del adulto responsable del joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, NO REQUIERE FIRMA DE PROFESIONAL MEDICO ALGUNO