

Apellido y nombres del alumno/a:

Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad: DNI:

Domicilio: Localidad:

C.P.:.....Teléfono:Correo electrónico:

Curso al que ingresa: División: Asistirá en contra turno (marcar con X): 3 días.....2 días.....

Nombre y apellido del padre:.....

Nacionalidad:.....Ocupación:.....DNI:.....

Nombre y apellido de la madre:.....

Nacionalidad:.....Ocupación:.....DNI:.....

Indicar dos números de teléfono para avisar en caso de emergencia y aclarar a quienes pertenecen:

Tel:.....Tel:.....

Celulares:.....

Firma del responsable:.....

Padre – madre – tutor (tachar lo que no corresponda)

Autorizo al personal del Instituto Euskal Echea a que, en caso de emergencia médica mi hijo/a sea atendido/a por el servicio contratado a tal efecto y ser trasladado/a al **centro asistencial más cercano al Instituto.**

1) Alumno/a..... Año y Div:.....

2) Obra social o prepaga y N° de afiliado:.....

3) Teléfono de emergencia de la Obra Social o

Prepaga:.....

4) Es alérgico **NO SI**

Aclare:.....

5) Necesita atención diferenciada **NO SI**

Aclare:.....

6) Enfermedades crónicas de manifestaciones reiteradas y/o de largo tratamiento **NO SI**

7) Si se le suministra medicación habitualmente indique cual y la causa:

8) Grupo sanguíneo:.....

9) Persona/s a quienes contactar en caso de emergencia:

10) Teléfonos:.....

Si ha contestado afirmativamente a los puntos 4, 5, 6 y 7 se solicita adjuntar certificado de un profesional y medidas a tomar en caso de presentarse una emergencia.

Firma y aclaración:.....Fecha:.....