



NOMBRE Y APELLIDO
DEL ESTUDIANTE:
2026

Datos del ESTUDIANTE

Fecha de Nacimiento: Edad: DNI:

Dirección:

Localidad: C.P.:

Teléfono: Convive con?

RESPONSABLE 1 del estudiante

Nombre, Apellido y vínculo:

TEL: DNI mail.....

RESPONSABLE 2 del estudiante

Nombre, Apellido y vínculo:

TEL: DNI mail.....

Integrantes del grupo familiar íntimo:.....

NOMBRE Y APELLIDO de quien autorizó a retirar a mi hijo/a del colegio	vínculo con el estudiante	DNI	TELÉFONO



NOMBRE Y APELLIDO
DEL ESTUDIANTE:
2026

En las siguientes autorizaciones marcar claramente SI o NO para el ciclo lectivo 2026

1. SI - NO AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE NOMBRE E IMÁGENES:

Autorizo la publicación de imágenes y el nombre de mi hijo/a en la página Institucional, en el Facebook e Instagram y en otras redes sociales del Colegio Irlandés, según la realización y participación en actividades dentro y fuera del establecimiento.

.....
Firma y aclaración de adulto responsable

2. SI - NO AUTORIZO A CONCURRIR AL CLUB PUCARÁ / CLUB PROGRESO

Tomo conocimiento y autorizo a mi hijo/a a trasladarse al club Pucará ubicado en calle Falucho 766, Burzaco o al club El progreso ubicado en Amenedo 99 Adrogué -en los micros contratados por el Colegio y a participar de las actividades curriculares y las actividades deportivas : Hockey, Rugby, Atletismo los días martes y jueves de 13:45 h a 15:45 h

Asimismo, me comprometo a comunicar inmediatamente a la directora del área deporte@colegoirlandes.edu.ar si ocurriere cualquier incapacidad temporaria o permanente que impida desarrollar dicha actividad.

.....
Firma y aclaración de adulto responsable

3. SI - NO INTERVENCIÓN DE LA PSICÓLOGA DEL COLEGIO

Autorizo a la psicóloga del Colegio a intervenir con mi hijo/a frente a situaciones en las que el personal docente a cargo lo considere necesario.

.....
Firma y aclaración de adulto responsable

4. SI - NO AUTORIZO A MI HIJO A SALIR SOLO DEL COLEGIO LOS DÍAS QUE INDICO

A. TURNO MAÑANA 11.50 O 12.50 H. Circular los días que SI Autoriza la salida.

LUNES - MARTES - MIÉRCOLES - JUEVES - VIERNES

B. INGLÉS POR LA TARDE 16.40 H. Circular los días que SI Autoriza la salida.

LUNES - MIÉRCOLES - VIERNES

C. EDUCACIÓN FÍSICA 15.45 H. O 15.30 H. (DÍAS DE LLUVIA) Circular los días que SI Autoriza la salida.

MARTES - JUEVES

.....
Firma y aclaración de adulto responsable



NOMBRE Y APELLIDO
DEL ESTUDIANTE:
2026



ANEXO III

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA ACTIVIDADES DURANTE EL CICLO LECTIVO SALIDA EDUCATIVA/ REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL PARA ESTUDIANTES CON MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD

Por la presente autorizo a DNI estudiante de Año, sección a participar de las Salidas Educativas o de Representación Institucional que se lleven a cabo en el barrio o área geográfica inmediata o próxima al establecimiento educativo, sin necesidad de utilizar un medio de transporte, en el marco de la normativa vigente.

La presente autorización es válida para actividades académicas, deportivas, culturales o comunitarias que se realicen durante el actual ciclo lectivo.

Fecha: / /

Firma, aclaración y DNI (madre, padre o adulto responsable)

Aclaración: El presente anexo se debe completar y firmar por única vez; tendrá validez para cada ocasión en la que se requiera durante el presente ciclo lectivo y será archivado en el Legajo de cada Estudiante. El mismo puede ser completado de forma digital, pero debe ser impreso y llevar la firma original del adulto responsable.

NOTIFICACIÓN SOBRE ORGANIZACIÓN GENERAL INTERNA

	Firma	Aclaración
He sido notificado/a del AIC (Acuerdo Institucional de Convivencia).		
He sido notificado/a de los requisitos de VIANDA segura		
He sido notificado/a del UNIFORME reglamentario del colegio		
He sido notificado/a del consentimiento de FIDU		
He sido notificado/a del Reglamento de CAPITANES		
He sido notificado/a del protocolo uso de CELULAR		



NOMBRE Y APELLIDO
DEL ESTUDIANTE:
2026

FICHA DE SALUD NIVEL SECUNDARIO 2026

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
SARAMPIÓN			PAPERAS			ESCARLATINA		
TOS CONVULSA			ESCOLIOSIS			REUMATISMO		
VARICELA			RUBEOLA			BRONQUITIS		
OTITIS			HERNIAS			CELIAQUÍA		
ASMA			DIABETES			SINUSITIS		
MENINGITIS			EPILEPSIA			CARDIOPATÍA		
HEPATITIS			NEUROLÓGICOS					

OTRAS:

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones, Traumatismo, Fracturas? ¿Cuándo, cuál?:.....

¿Es alérgico?..... ¿A qué y cómo lo puede evitar o tratar?:.....

¿Tiene problemas de coagulación?.....

¿Toma alguna medicación actualmente? ¿CUAL?.....

(Diagnóstico).....

Grupo Sanguíneo: Factor:..... RH:.....

Medidas antropométricas: Peso:..... Talla:.....

¿Realizó o realiza actualmente algún tratamiento médico/Psicológico/Fonoaudiológico/
Psicopedagógico/otras?

.....
Nombre del profesional que lo trata y contacto :.....



NOMBRE Y APELLIDO
DEL ESTUDIANTE:
2026

CERTIFICADOS DE SALUD – NIVEL SECUNDARIO 2026
(a completar por los profesionales de la salud o entrega de certificado del profesional)

A) CERTIFICADO DE APTO FÍSICO:

Certifico haber examinado a:..... quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas de acuerdo a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Irlandés.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Médico

B) CERTIFICADO BUCO - DENTAL:

Dejo constancia quedeaños de edad.- Presenta un estado Bucal: BUENO - REGULAR - MALO (Marcar lo correcto)

OBSERVACIONES

Firma y Sello del Médico

C) CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL:

Dejo constancia que.....de.....años, presenta un estado visual: BUENO SI - NO

SIN CORRECCIÓN	OD.....	/10	OI.....	/10
CON CORRECCIÓN	OD.....	/10	OI.....	/10

OBSERVACIONES

Firma y Sello del Médico



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20

EDUCACIÓN SECUNDARIA

Nº _____

(A completar por el establecimiento)

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:	Nombre/s:			
Fecha de Nacimiento:	/	/		
¿Posee DNI argentino?	<input type="checkbox"/> SI, y tiene el DNI físico	<input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite		
	<input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite	<input type="checkbox"/> NO posee DNI argentino		
Si respondió SI, indique número de DNI argentino:	CUIL: - - - - -			
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
¿Posee documento extranjero?	<input type="checkbox"/> SI	tipo de doc.:	Nº:	<input type="checkbox"/> NO
Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer trans / travesti	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Varón trans / masculinidad trans
	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> No desea responder	
Lugar de nacimiento:	<input type="checkbox"/> En Argentina	<input type="checkbox"/> En el extranjero	Nacionalidad:	
Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:		<input type="checkbox"/> Buenos Aires	<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	
Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:		Localidad:		
DOMICILIO	Calle:	Nº:	Piso:	Torre:
Entre calle:	y calle:	Otro dato:		
Provincia:	Distrito:	Localidad:		
Teléfono: (cód. área:)	Teléfono celular: (cód. área:)			

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:	<input type="checkbox"/> SI	Cantidad:	Cantidad que asiste a este establecimiento:		
	<input type="checkbox"/> NO	tiene hermanas o hermanos			
¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otra/s lengua/s:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Percibe: Asignación Universal por Hijo (AUH):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Progresar:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> A pie/Bicicleta	<input type="checkbox"/> Transporte escolar DGCyE	<input type="checkbox"/> Colectivo	<input type="checkbox"/> Tren	<input type="checkbox"/> Vehículo particular	<input type="checkbox"/> Taxi/Remis
Contestan estudiantes de 14 años y más:					
¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo: Obra social:	Nº Afiliado:	
ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD					
¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)					
	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? SI NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Tiene disminución auditiva? SI NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? SI NO

¿Tiene disminución visual? SI NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? SI NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? SI NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? SI NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:

Sector de gestión: Estatal Privado

Nombre escuela:

Nº:

A completar por el establecimiento: Clave provincial:

CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: Argentina Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: Buenos Aires Otra (especificar):

Distrito:

Nivel/Modalidad:

Sector de gestión: Estatal Privado

Dependencia: Oficial Municipal Nacional Privada Otros organismos

Nombre escuela:

Nº:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Ciclo Básico Ciclo Superior Aula de Fortalecimiento Escuela Profesional Secundaria

Orientación:

Año: 1 2 3 4 5 6 7

Turno solicitado: Mañana Tarde Vespertino Noche

Jornada: Simple Extendida Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

Ingresante al Nivel Promovida / Promovido Reinscripta / Reinscripto Repitente

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

Concurre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

No concurre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? SI NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): SI NO

Centro de Educación Física (CEF): SI NO

Escuela de Educación Estética: SI NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

Comedor Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO

¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: N°: NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? SI NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado

¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja Busca trabajo Realiza tareas de cuidado no pagas Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO

¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: N°: NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? SI NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado

¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja Busca trabajo Realiza tareas de cuidado no pagas Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: Nombre/s:

Tipo de doc: N°: Describa restricción:

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: N° de Matriz: N° de Folio:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director: