

**Datos del Alumno:**

Nombre(s): \_\_\_\_\_  
(como figura en el DNI)  
DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
CP: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_  
(como figura en el DNI)  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Institución Educativa: \_\_\_\_\_  
# de Teléfono por emergencias: \_\_\_\_\_

**Datos del Padre:**

DNI: \_\_\_\_\_  
Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
# de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Responsable Económico? SI / NO  
Responsable Pedagógico? SI / NO

**Datos de la Madre:**

DNI: \_\_\_\_\_  
Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
# de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Responsable Económico? SI / NO  
Responsable Pedagógico? SI / NO

**Responsable Económico:**

(Completar solamente si no es el padre o la madre)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
# de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

**Responsable Pedagógico:**

(Completar solamente si no es el padre o la madre)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
# de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

**Ficha Médica**

¿Tiene alguna enfermedad preexistente? SI / NO

¿Recibe actualmente algún tratamiento o medicación en forma regular? SI / NO

¿Tiene alguna restricción en su dieta alimentaria? SI / NO

¿Es alérgico a alguna medicación, planta, alimento, animal, insecto, etc? SI / NO

¿Ha padecido alguna enfermedad grave? SI / NO

¿Se le ha practicado alguna cirugía mayor o le ha sido aconsejada alguna? SI / NO

¿Ha recibido tratamiento en un hospital? SI / NO

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Otros Comentarios: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, padre, madre y/o tutor, por este medio y de manera irrevocable, \_\_\_\_\_ doy permiso/ \_\_\_\_\_ no doy permiso a ASICANA (Asociación Santiagueña de Intercambio Cultural Argentino Norte Americano) a fotografiar, filmar, reproducir, transcribir y, además, registrar y usar (incluyendo la circulación, publicación, citación o difusión) la imagen y/o voz del antes mencionado alumno/a relacionada con las actividades de la institución.

Por otra parte, por este medio autorizo a ASICANA a publicar, transmitir, difundir o citar dicho material, incluyendo su nombre, y cualquier otro material relacionada a la institución que el/la alumno/a mismo pueda hacer (incluidas fotografías y artículos en relación con las actividades y programas de información pública).

Con respecto a este material, entiendo que su contenido se puede incluir en charlas futuras, en Internet y a través de canales de difusión, ya sean televisivas, radiales o impresas pero que no será usado para fines comerciales.

\*\*Declaro conocer y aceptar el régimen de evaluación y asistencia que se encuentra en el sitio web, [www.asicana.org.ar/Clases-2025](http://www.asicana.org.ar/Clases-2025).

Firma del Tutor \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_