

## Instructivo para inscripción

### **"ENS Nro 6" Vicente López y Planes"**

- 1- Kit de Matriculación.**
- 2- Fotocopia DNI del estudiante.**
- 3- Fotocopia DNI del Padre, Madre, Encargado o Tutor.**
- 5- Foto 4 x 4 del estudiante.**

**Completar el formulario de Google escaneando el siguiente QR:  
link:**



**Link:**

**Formulario de matriculación**

**Toda la documentación debe ser entregada al momento de la inscripción.**

- **La beca alimentaria se solicita por web.**
- **Durante el ciclo lectivo la constancia de alumno regular se descarga de la aplicación BA familias.**
- **En caso de que su hijo/a deba concurrir a Educación física a KDT, informamos que los micros provistos por GCBA podrán demorarse por razones ajenas a la institución y que por lluvias el predio suspende las actividades.**

## E.N.S N° 6 "Vicente López y Plenes"- Nivel Medio- FICHA DE DATOS PERSONALES

Fecha: ... / ... / 202\_

Nombre y Apellido: .....

DNI: .....

Nacionalidad: .....

Fecha de Nacimiento: .....

Edad: ..... años

Domicilio: .....

Tel de línea y celular: .....

Correo electrónico: .....

Es repitente SI NO de qué año? ..... En qué escuela? .....

Tiene previas? SI NO Cuáles? .....

En qué escuela realizó la escolaridad primaria? .....

Nombre y Apellido de la Madre: .....

Nivel de estudios: ..... Ocupación actual: .....

Tel de línea y celular: .....

Nombre y Apellido del Padre: .....

Nivel de estudios: ..... Ocupación actual: .....

Tel de línea y celular: .....

Tiene hermanos? SI NO Cuantos?: .....

Con quién vive?: .....

Tiene alguna enfermedad crónica o transitoria? SINO ¿Cuál? .....

Es alérgico? SI NO A que? .....

Toma medicación? SI NO ¿Cuál? .....

Realiza otros tratamientos? SI NO ¿Cuál? .....

Tiene Obra social? SI NO ¿Cuál? .....

Dónde se atiende generalmente? .....

En caso de emergencia llamar a: .....

Realiza actividades extra curriculares? SI NO Cuáles? .....



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA

PRECEPTORIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO (Consignar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

DNI..... FECHA DE NACIMIENTO: ..... / ..... / .....

Edad: ..... NACIONALIDAD: .....

LUGAR DE NACIMIENTO: .....  
(Indicar C.A.B.A. o Partido/Localidad/Provincia según corresponda)

Domicilio: ..... Código Postal: .....

Teléfono: ..... Teléfono Alternativo: .....

Nombre y Apellido de la Madre: .....  
(Consignar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

Nacionalidad: ..... Profesión: ..... Código Postal: .....

Domicilio: ..... CUIL N°: .....

Celular N°: .....

Nombre y Apellido del Padre: .....  
(Consignar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

Nacionalidad: ..... Profesión: ..... Código Postal: .....

Domicilio: ..... CUIL N°: .....

Celular N°: .....

Nombre del Tutor o persona autorizada a retirar al alumno:  
(Consignar NOMBRES Y APELLIDOS completos) Celular N°: .....

MAIL: .....

Del Alumno: .....

De la Madre: .....

Del Padre: .....

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA: .....

MATERIAS QUE ADEUDA: .....

Ciudad autónoma de Buenos Aires, ..... de ..... de 20...

Firma de Madre, Padre o Tutor





GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA

SECRETARÍA

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO** (Designar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

DNI: ..... FECHA DE NACIMIENTO: ..... / ..... / .....

Edad: ..... NACIONALIDAD: .....

LUGAR DE NACIMIENTO: .....  
(Indicar CABA o Partido, Localidad y Provincia según corresponda)

Domicilio: ..... Código Postal: .....

Teléfono: ..... Teléfono Alternativo: .....

**Nombre y Apellido de la Madre:** .....  
(Designar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

Nacionalidad: ..... Profesión: .....

Domicilio: ..... Código Postal: .....

Celular N°: ..... CUIL N°: .....

**Nombre y Apellido del Padre:** .....  
(Designar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

Nacionalidad: ..... Profesión: .....

Domicilio: ..... Código Postal: .....

Celular N°: ..... CUIL N°: .....

**Nombre del Tutor o persona autorizada a retirar al alumno:** .....  
(Designar NOMBRES Y APELLIDOS completos)

Celular N°: .....

MAIL:

Del Alumno: .....

De la Madre: .....

Del Padre: .....

**CURSO EN EL QUE SE MATRICULA:** .....

**MATERIAS QUE ADEUDA:** .....

Ciudad autónoma de Buenos Aires, ..... de ..... de 20....

.....  
Firma de Madre, Padre o Tutor

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE EVACUACIONES**

Por medio de la presente manifestamos nuestro consentimiento y autorización para que nuestro/a hijo/a ..... de.....sala/grado/año ..... división, se movilice fuera del edificio escolar para realizar los ejercicios de evacuación obligatorios por Ley 5920/17, que se programen para el Ciclo Lectivo ..... Declaramos conocer que los alumnos estarán acompañados por personal docente y no docente y serán trasladados al punto de reunión correspondiente al edificio teniendo en todos los casos la cobertura de seguro correspondiente. En caso de estar de acuerdo con dicha salida asumimos la obligación de comunicar dicha circunstancia a la conducción dentro de las 72 horas de notificación de la misma.

**Firma del Padre/Madre o Tutor**

**Aclaración:**

**DNI:**



/educacionba

buenosaires.gob.ar/educacion

## Autorización de uso y cesión de derechos de Imagen

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... de 20 .....

Por la presente, cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para utilizar el material gráfico, fotográfico, fílmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita, incluyendo cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

Firma:

.....

Nombre y Apellido:

.....

DNI:

.....

Correo electrónico:

.....

Para completar solo en caso de menores de edad:

En mi carácter de padre/madre/tutor, con capacidad legal para actuar en nombre y representación de los sujetos que se mencionan a continuación, hago extensible a ellos la presente autorización.

Nombre, ..... DNI N° .....

Nombre, ..... DNI N° .....

Nombre, ..... DNI N° .....



Buenos Aires Ciudad



BUENILLA DE SALUD

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es requisito obligatorio para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi  
carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el  
estudiante \_\_\_\_\_ DNI

\_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación  
Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo  
\_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento  
\_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_  
en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto  
\_\_\_\_\_

Declaro estar debidamente informado y doy miexpreso  
consentimiento para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar  
actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma  
de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada  
establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		

IF-2021-05576598-QCABA-SSCPBB



Buenos Aires Ciudad

Vamos Buenc

Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

• ¿TUVO COVID-19?..... FECHA:.....

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



Buenos Aires Ciudad

IF-2021-05576598-OCABA-SSCPBE

Vamos Buenos



En caso de padecer alguna de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

#### PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma

Aclaración

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>



Buenos Aires Ciudad

IF-2021-05576598-GCABA-SSCPBE

Varios Buenos

PLANILLA DE SALUD

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es requisito obligatorio para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI

\_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_

Declaro estar debidamente informado y doy miexpreso consentimiento para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		



Buenos Aires Ciudad

IP-2021-05376598-OCABA-SSCPBB

Vamos Buunc

Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías..		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

• ¿TUVO COVID-19?..... FECHA:.....

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



Buenos Aires Ciudad

IF-2021-05576598-OCABA-SSCPBE

Vamos Buenos



12

En caso de padecer alguna de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

#### PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma

Aclaración

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>



Buenos Aires Ciudad

IP-2021-05576598-DCABA-SSCPBB

Vamos Buenc



13

**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**  
**"2014. AÑO DE LAS LETRAS ARGENTINA"**  
**ESCUELA NORMAL SUPERIOR N°6 "Vicente López y Planes"**

**NORMAS VIGENTES PARA LA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA. Año 2022.**

Por favor, leer el presente instructivo. Una vez leído el alumno / a y sus responsables firmarán el talón que figura al pie.

**APTO FÍSICO:** Es obligatorio para todos los alumnos / as y as renueva anualmente durante los años que duren los estudios secundarios, ya que sin este requisito no podrán participar activamente de las clases prácticas de Educación Física u no serán evaluados en la materia. El alumno / a deberá tener al día su LOSE (Libreta Oficial de Salud Escolar).

**PRESENTACIÓN Y COMPORTAMIENTO:** La práctica activa de la Educación Física implica movimientos corporales, gimnásticos y deportivo, para lo que se requiere una vestimenta adecuada. Por lo tanto los alumnos / as concurrirán de la siguiente manera:

- **MUJERES:** Jogging, calzas o ciclistas, remera de manga larga o corta (no musculosas), zapatillas y medias.

- **VARONES:** Jogging o pantalón corto, remera (no de clubes de fútbol), zapatillas y medias.

En todos los casos la ropa deberá ser cómoda y estar limpia. Uñas cortas. Sin areos, piercings, anillos, pulseras ni cadenas para evitar riesgos físicos. Con cabello corto o recogido. Considerando que asistirán a instalaciones cedidas por clubes; el comportamiento, presencia y vocabulario de los alumnos / as deberán ser apropiados. Concurrirán estrictamente en el horario que tienen asignado para sus clases. NO podrán permanecer en las instalaciones del club ni antes ni después de su actividad.

**CARACTERÍSTICAS PARA LA APROBACIÓN DE LA ASIGNATURA: Se considerará:-**

1. Rendimiento pedagógico según lo estipulado para cada grupo.
2. Su actitud frente a la clase.
3. El cumplimiento del 75% de asistencia a clase.-

**ASISTENCIA DE LOS ALUMNOS / AS A LA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA:**

1. Deberán cumplir con el 75% de asistencia trimestral para aprobar dicho trimestre.
2. La inasistencia a clase se computa 1/3 falta.
3. Las llegadas tarde (dentro de los primeros 10 minutos del inicio de la clase se computa con 1/3 de falta y deberá permanecer en clase). Cada 2 llegadas tarde se computa 1/3 falta.
4. Pasados los 10 minutos de inicio se computa Ausente y deberá permanecer en clase.
5. Si la inasistencia a clase de Educación Física produjera por problemas de salud, el alumno / a deberá presentar a su profesor el certificado médico correspondiente. En tal caso dicha inasistencia no influirá en el total del porcentaje a cumplir (75%), pero sí se computará como falta justificada.
6. Si el problema de salud es de largo tratamiento deberá eximirse temporalmente, cumplimentado la documentación requerida.
7. Sólo los alumnos que trabajen, realicen deporte (federado), o con problemas de salud, quedan exentos de concurrir a las clases prácticas de Educación Física, debiendo cumplir con las evaluaciones requeridas por el Profesor de grupo asignado.
8. Para solicitar dichas exenciones, concurrir al Departamento de Educación Física.
9. Una vez elegido el grupo no se realizarán cambios por incompatibilidad con actividades extra-escolares.

**OTROS:**

- Deberán concurrir a Educación Física con el cuaderno de comunicaciones.
- Toda la información de Educación Física será comunicada a través de la cartilera de planta baja y 1º piso.
- El celular, reproductor de sonidos o imagen, no podrá ser usado durante la clase de Educación Física. El Establecimiento no se hace responsable por su pérdida.
- El período para la elección de grupos es hasta fines de Marzo. Luego de esta fecha todo cambio debe ser gestionado vía nota.

Por la presente tomo conocimiento y acepto la normativa de las Clases de Educación Física.  
**NOTIFICADO:**

Firma: ..... Aclaración responsable legal: .....

Apellido y Nombre del alumno / a: .....

Año y División: ..... Firma del alumno / a: .....





14

GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
"2010 - Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"

ESCUELA NORMAL  
SUPERIOR N°8

"Vicente López y  
Planes

FICHA DE AUTORIZACIÓN  
EDUCACIÓN FÍSICA

Año 202

AUTORIZACIÓN DE LOS RESPONSABLES PAR QUE LOS ALUMNOS / AS PUEDAN REALIZAR ACTIVIDADES.

Por la presente autorizo a mi hijo / a ..... de ..... año ..... división a concurrir a las clases de Educación Física y actividades relacionadas con la materia, dispuestas por este Establecimiento Educativo. Esta autorización es extensiva a lo siguiente:

1. Para desplazarse hasta y desde los lugares donde se desarrollen las clases de Educación Física en horarios establecidos por el Establecimiento.
2. Para desplazarse hasta y desde los lugares donde se desarrollen actividades relacionadas con la materia Educación Física (torneos - campeonatos - competencias y exhibiciones, como participante y / o espectador), en las oportunidades establecidas por el Establecimiento en los días y horarios correspondientes a la materia o fuera de los mismos.
3. Para realizar las actividades físicas, atléticas, deportivas y gimnásticas que sean dispuestas por el Establecimiento para las clases de Educación Física.
4. Para participar, intervenir, colaborar, etc., en torneos competencias, pruebas, campeonatos, exhibiciones, etc., dentro y / o fuera del Establecimiento, según lo establezcan las autoridades del mismo.
5. Para la realización de todas las actividades anteriormente expuestas en los puntos 3 y 4, relacionadas con la materia Educación Física, certifico que mi hijo / a ..... SI / NO se encuentra en condiciones físicas y de salud para realizar las actividades físicas, de acuerdo al grupo educacional en el cual revista, lo que será avalado por Informe médico correspondiente que pondré a disposición del Establecimiento a la brevedad, la LOBE o certificado médico, más autorización de los padres que diga:

Se autoriza al alumno / a ..... del curso ..... a retirarse de las clases de Educación Física en caso de producirse una suspensión de las mismas por problemas edilicios, de transporte, climáticos, accidente de algún alumno / a durante la clase al que el docente debe acompañar con el SAME, como también imprevistos del docente.

(LUGAR)

(DÍA)

(MES) (AÑO)

Firma y Aclaración del Responsable Legal

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

En caso de encontrarse NO APTO, los responsables deberán justificar por nota al causal de la misma al certificado médico.

Escuela Normal Superior N°8 - Guemes 3689 - C.A.B.A. - TEL: 4624-0303/2741 - FAX: 4024-102





G.C.B.A.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

## CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

La Secretaría de la Escuela Normal Superior N°6 "Vicente López y Planes" D. E. 2° hace

constar que ..... DIVISIÓN como alumno regular.

curso actualmente ..... AÑO ..... DIVISIÓN como alumno regular.

A pedido del/la interesado/a y para ser presentada ante ..... SALARIO FAMILIAR ..... y/o .....

CATE ..... y/o SUBE ..... del mes de ..... de 20.....

se extiende la presente constancia en Buenos Aires, a los ..... del mes de ..... de 20.....

SELLO

FIRMA Y SELLO DE SECRETARIO



G.C.B.A.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

La Secretaría de la Escuela Normal Superior N°6 "Vicente López y Planes" D. E. 2° hacc

constar que .....

cursa actualmente ..... AÑO ..... DIVISIÓN como alumno regular.

A pedido del/la interesado/a y para ser presentada ante .....

C.A.T.E. 7/0 SUBE ..... SALARIO FAMILIAR 1/0

se extiende la presente constancia en Buenos Aires, a los ..... del mes de .....

de 20.....

SELLO

FIRMA Y SELLO DE SECRETARIO



G.C.B.A.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

La Secretaría de la Escuela Normal Superior N°6 "Vicente López y Planes" D. E. 2° hacc

constar que .....

cursa actualmente ..... AÑO ..... DIVISIÓN como alumno regular.

A pedido del/la interesado/a y para ser presentada ante .....

CATE..... 7/0 ..... SALARIO FAMILIAR..... 1/0.....

se extiende la presente constancia en Buenos Aires, a los ..... del mes de .....

de 20.....

SELLO

FIRMA Y SELLO DE SECRETARIO