



NIVEL SECUNDARIO
REINSCRIPCIÓN 2024
2° a 6° AÑO

Estimadas familias:

A fin de que tengan completa la documentación requerida al momento de la reinscripción de 2° a 6° año de Nivel Secundario, deberán presentar la siguiente **DOCUMENTACIÓN COMPLETA, SIN EXCEPCIÓN** (no se recibirá parcialmente documentación):

- Fotocopia del recibo de pago de la **reserva de vacante 2024** sin excepción. La administración lo enviará por correo una vez abonada la misma.
- Planilla de inscripción 2024** (se encontrará disponible en el campus)
- Firma del **Contrato Educativo** (se encontrará disponible en el campus)
- Certificado de **buena salud** (expedido por institución pública o privada).
- Certificado **buco-dental** (expedido por institución pública o privada)
- Ficha de salud** (se encontrará disponible en el campus) para Educación Física
- Autorización del uso de imagen** (se encontrará disponible en el campus)
- Autorizaciones de retiro** (se encontrará disponible en el campus)

Todas las planillas que deberán presentar el día de la inscripción se encontrarán en el campus de nuestro establecimiento <https://campus.monsenoralberti.com.ar>
Si las autoridades educativas solicitan nueva documentación a presentar se les informará oportunamente.

Días y horarios de entrega de documentación completa (no se recibirá documentación incompleta):

- 14, 15, 22, 26, 27 de Diciembre: de 7.30 a 10.30hs
- 26 - 27 de Diciembre: de 12 a 15hs

Secretaría Nivel Secundario



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite
 SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite 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)? SI NO

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

Identidad de género: Mujer Mujer trans / travesti Varón Varón trans / masculinidad trans
 No binario Otra No desea responder

Lugar de nacimiento: En Argentina En el extranjero Nacionalidad: _____

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia: Buenos Aires Otra (especificar): _____

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: _____ Localidad: _____

DOMICILIO Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Torre: _____ Depto: _____

Entre calle: _____ y calle: _____ Otro dato: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

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

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos: SI Cantidad: _____ Cantidad que asiste a este establecimiento: _____
 NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? SI NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s: SI NO Otra/s lengua/s: SI NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? SI NO

Percibe: Asignación Universal por Hijo (AUH): SI NO Progresar: SI NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicicleta Transporte escolar DGCyE Colectivo Tren Vehículo particular Taxi/Remis Otro

Contestan estudiantes de 14 años y más:

¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años? SI NO ¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales? SI NO

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social? SI NO En caso afirmativo: Obra social: _____ N° 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"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<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?	SI	NO
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: _____ N°: _____

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: _____ N°: _____

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:

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

No concorre 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: _____



CONTRATO DE ENSEÑANZA EDUCATIVO

CICLO LECTIVO 2024

Entre la Institución Educativa MONSEÑOR ALBERTI, propiedad del Arzobispado de la ciudad de La Plata, con domicilio en calle 19 N°1485 (Nivel Primario y Nivel Secundario) y calle 63 N°1205 (Nivel Inicial), ambos de la ciudad de La Plata, representado en este acto por sus Representantes Legales Sr. Luis Maria Milani, DNI 14.247.038 y Sra. Sandra Noemí Moscoloni DNI 13.138.522 conforme designación por decreto Arzobispal, en adelante "La Institución Educativa", y por la otra los abajo firmantes, cuyos datos completos constan al pie, en adelante "La Familia", convienen en celebrar el presente **CONTRATO DE ENSEÑANZA EDUCATIVO** sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

PRELIMINAR. PROYECTO EDUCATIVO: La presencia de la Iglesia en el campo escolar se manifiesta de modo particular por medio de la escuela católica. Ésta, ciertamente, al igual que las otras escuelas, persigue fines culturales y la formación humana de los hombres. Pero su nota característica es crear un ámbito de comunidad escolar animado por el espíritu evangélico de libertad y amor, ayudar a los adolescentes a que, al mismo tiempo en que se desarrolla su propia persona, crezcan según la nueva criatura en que por el Bautismo se han convertido, y, finalmente, ordenar toda la cultura humana al anuncio de la salvación, de modo que el conocimiento que gradualmente van adquiriendo los alumnos sobre el mundo, la vida y el hombre sea iluminado por la fe. De este modo, la Iglesia, a la vez que se abre como conviene a las condiciones del progreso de este tiempo, educa a los alumnos para conseguir con eficacia el bien de la sociedad y los prepara para servir a la extensión del Reino de Dios, a fin de que con el ejercicio de una vida ejemplar y apostólica se conviertan en el fermento salvador de la comunidad humana. Una escuela es católica no sólo por su referencia explícita, y compartida por todos los miembros de la comunidad escolar, sino también porque los principios evangélicos se convierten para ella en normas educativas, motivaciones interiores y al mismo tiempo metas finales. El ideario institucional de Monseñor Alberti se hará realidad cuando todos los que integramos la comunidad educativa abracemos libremente a tales normas, motivaciones y objetivos finales. Entendemos entonces, que la escuela católica debe reunir y formar en su comunidad a auténticos discípulos y misioneros de Cristo. La evangelización no se limita a las clases de religión, la iniciación sacramental, retiros espirituales, jornadas pastorales, actividades solidarias y celebraciones litúrgicas; los cuales serán pilares necesarios en nuestra formación; sino también en el dialogo entre la fe y la ciencia, la cultura, la tecnología, el amor y la búsqueda de la verdad, para de esta manera no transformarse en servicios pastorales ajenos a la escuela. Con tal objetivo, la comunidad educativa Monseñor Alberti, ve al hombre y a la mujer como un ser social que nace en el seno de una familia, y está llamado a incorporarse a la comunidad mayor que es la Sociedad. La familia es la primera y más pequeña sociedad en la que se reciben los principios básicos, y fundamentales para el desarrollo de la persona y su inserción en la sociedad. La familia es la primera formadora y de ahí la gran importancia y relevancia que se le otorga en este proyecto educativo. Ella será la primera escuela de las virtudes sociales y espirituales que todas las sociedades necesitan. Como primera educadora de sus hijos tiene el derecho de elegir para ellos, estudio, escuela y educadores acorde a sus principios formativos. En razón de ello, Monseñor Alberti es la Iglesia, con su enseñanza, en función de educar, al servicio de las familias y de toda la comunidad educativa. La misma la integran todos: sacerdotes, auxiliares, maestros, directivos, profesores, representantes legales, y los alumnos, en quienes los vínculos afectivos tienen que alimentar una progresiva conciencia de pertenencia. La comunicación que es propia del trato asiduo, del lugar y la tarea compartidos, resulta instrumental respecto de la comunión de fe y caridad que constituye la comunidad cristiana Monseñor Alberti, en cuanto "católica", propone un proyecto educativo en el cual Cristo y María son el fundamento. El fin es permitir al educando descubrir, formular y autoconducir su personal proyecto de vida, adquirir convicciones profundas y actitudes sólidas, y asumir compromisos coherentes desde su condición de bautizado. Monseñor Alberti se distinguirá por la referencia explícita y compartida por todos los miembros de la comunidad escolar a la visión cristiana de la vida, del mundo y de la historia.

PRIMERA: La Institución Educativa se compromete a:

Matricular al alumno para el ciclo lectivo 2024 cuando se hubieran cumplido los requisitos y entrega de documentación que fijan las reglamentaciones escolares vigentes y lo establecido por la institución educativa conforme las siguientes pautas:

- a) El contrato educativo tiene un plazo de vigencia de un año (ciclo lectivo 2024).
- b) Las autoridades se reservan el derecho de ubicar y reubicar a los alumnos, en el ciclo lectivo 2024, en las correspondientes salas/grados y agruparlos de acuerdo al número de alumnos inscriptos, para una mejor distribución y convivencia. Asimismo, podrán reubicar alumnos con cambio de curso cuando las situaciones vinculares o actitudinales sean una medida previa a la no matriculación, debiéndose comunicar previamente a la familia.
- c) Es requisito indispensable para la concreción de la reserva de vacante (rematriculación) para el ciclo lectivo siguiente:
 - 1.- Encontrarse abonado el total del servicio educativo del año en curso al día 30 de septiembre de cada ciclo por el grupo familiar.
 - 2.- Abonar la matrícula en tiempo y forma (del 1° de diciembre al 20 de diciembre de cada ciclo lectivo).
 - 3.- Haber cumplido en todo con el presente contrato educativo.
 - 4.- La concurrencia a reuniones convocadas por autoridades institucionales.
 - 5.- El acompañamiento a la Institución Educativa en casos de intervenciones por conducta de los alumnos, situaciones conflictivas, acompañamiento pedagógico, solicitud de asistencia de profesional de salud y cumplimiento de criterios institucionales referentes a presencialidad, ingresos y egresos, correcto trato y respeto, y toda medida comunicada en el desarrollo del ciclo lectivo.

- d) El Servicio Educativo que se percibirá se pagará en 10 cuotas comprendidas entre los meses de marzo a noviembre. La décima cuota se percibirá 50% en el mes de julio y 50% en noviembre En el mes de Diciembre se abonará matrícula.
- e) La Institución no es responsable ni acepta responsabilidad alguna por el traslado de los alumnos desde su domicilio hasta el Colegio o regreso del mismo, ni participa en la contratación de ómnibus o transportes escolares.
- f) Ingreso en Nivel Inicial: La presentación de solicitud de ingreso será recibida a toda familia que desee inscribir a su hijo/a en la Institución teniendo prioridad los hermanos de alumnos de la Institución. Para la presentación de solicitudes de ingreso los hermanos de alumnos de la Institución e hijos del personal, deberán haber cumplido las condiciones contractuales planteadas por la Institución. En todos los casos se realizarán entrevistas de admisibilidad siendo de aplicación el derecho de admisión
- g) Ingreso a Nivel Primario: tendrán únicamente prioridad en el ingreso los alumnos de Nivel Inicial de la Institución Educativa. Toda familia que desee inscribir a su hijo/a en el nivel primario deberá presentar planilla de solicitud de vacante, sin orden prioritario y reservándose la Institución el derecho de admisión.
- h) Ingreso a Nivel Secundario: tendrán prioridad en el ingreso los alumnos del Nivel Primario de la Institución. De segundo a sexto año, tendrán prioridad los alumnos que promocionen todas las materias. En caso de existir vacantes luego de la instancia mencionada se dará lugar a los alumnos repitentes de la Institución. Alumnos con segunda repitencia no serán rematriculados en la Institución. Para la conformación de los 4º años, se establece como orden de prioridad para elegir la orientación el que se detalla a continuación: 1º) alumnos de 3º año que hayan promovido con todas las materias/áreas/espacios curriculares aprobados al finalizar el período de clases del año en curso. 2º) alumnos de 3º año que hayan promovido con todas las materias/áreas/espacios curriculares aprobados al finalizar el período diciembre del año en curso 3º) alumnos de 3º año que hayan promovido con todas las materias/áreas/espacios curriculares aprobados al finalizar el período febrero del año en que cursarían 4º año. 4º) alumnos de 3º año que hayan promovido con un/a sola/o materia/área/espacio curricular desaprobada/o al finalizar el período febrero del año en que cursarían 4º año. 5º) alumnos de 3º año que hayan promovido con dos materias/áreas/espacios curriculares desaprobados al finalizar el período febrero del año en que cursarían 4º año. Agotadas estas instancias y ante un eventual empate se tendrá en cuenta la fecha de recepción de la planilla de elección de orientación.
- i) Invalidan la posibilidad de la inscripción y rematriculación
- 1.- La existencia de deuda por parte de la familia (entendiéndose la misma por grupo familiar o parentabilidad en caso de familias ensambladas).
 - 2.- El incumplimiento a lo establecido en el presente contrato educativo (Punto C).
 - 3.- Agresión física o verbal de cualquier alumno o familiar a docentes, auxiliares, alumnos o autoridades institucionales.
- j) Toda comunicación realizada por la Institución Educativa deberá ser canalizada a través del alumno por medio de su libreta de comunicaciones y/o mediante correo electrónico establecido en el presente contrato, el cual será medio fehaciente de comunicación.

SEGUNDA: El Sr. y/o Sra. en su carácter de
 (Nombre apellido adulto responsable)

padre, madre o tutor del alumnoaño.....declaran:
 (Nombre apellido del alumno)

a.- Conocer y aceptar **la Propuesta Educativa de Monseñor Alberti**

b.- Adherir a la propuesta educativa, comprometiéndose a cumplir y hacer cumplir por el alumno y la familia todas las obligaciones establecidas en las reglamentaciones oficiales/acuerdos/pautas de convivencia y en las demás normas y disposiciones emanadas del presente contrato y de la Representación Legal de la Institución, las que serán debidamente notificadas a los Sres. padres y a los alumnos en su caso.

c.- Conocer el **régimen de APOORTE ESTATAL** y por ende tomar conocimiento que el 100% de aporte estatal implica el pago de algunos salarios y cargas sociales del total de la planta funcional docente, encontrándose exentos de dicho aporte otros cargos de planta funcional, extensiones horarias, personal extra programático, personal administrativo y de maestranza, personal docente contratado por causas de crecimiento vegetativo de la institución (preceptores, E.O.E, cargos de secretaria, cargos docentes), gastos de mantenimiento del edificio, servicios, entre otros.

d.- **Derecho de NO matriculación:** que existiendo motivos de incumplimiento por parte del alumno o su familia de los compromisos asumidos en el presente contrato, la Institución Educativa se reserva el derecho de no renovar el vínculo contractual familia y escuela para el ciclo lectivo siguiente, notificándose con las formalidades y antelación establecida en la normativa vigente, emitiendo la documentación necesaria para que el alumno sea admitido en otra institución educativa.

e.- **Asistencia Regular:** cuando por problemas de salud el menor no pueda concurrir a clase se deberá entregar en la sede de la Escuela certificado médico dentro de las 48hs.; sólo podrá reintegrarse con el certificado de alta médica; no podrán concurrir aquellos niños que presenten fiebre, pediculosis, erupciones cutáneas, suturas, golpes graves; los papás deberán comunicar antecedentes alérgicos, convulsiones, problemas nerviosos, epilepsia, etc. El docente no está autorizado a suministrar ningún tipo de medicación a los niños

en el caso de antibióticos y/o cualquier medicación que deba ser proporcionada en horario escolar los papás o aquella persona autorizada por estos deberá presentarse en la Institución para efectivizar la toma.

f.- Emergencia Médica / Seguro Médico: Ante accidentes el colegio procede a llamar a la emergencia médica UDEC y al teléfono que los papás denuncian en la institución para estos fines. Según el código (rojo – verde- amarillo) que la emergencia tiene catalogado aplicar de acuerdo a la gravedad del accidente se estipulará el tiempo en que deba hacerse presente. Es factible que los papás o responsables lleguen con anterioridad a la emergencia y tendrán la facultad de retirar el niño del establecimiento bajo su responsabilidad previa formalización del acta. La escuela cuenta con Seguro Médico de Alumno y Responsabilidad Civil a cargo de Federación Patronal Compañía de Seguros. El seguro de alumno opera vía reintegro (gastos de traslado, prácticas, médico) para el caso de algún siniestro y con un tope variable, contra presentación las facturas originales de los gastos ocasionados por el accidente

g.- Asistencia a Reuniones y Entrevistas: Tienen el carácter de obligatorias en virtud de su importancia. Para el caso requerir entrevistas con docentes y/o personal directivo y/o Representante Legal, las mismas deberán ser solicitadas por teléfono o por cuaderno de comunicaciones. No se evacuarán entrevistas telefónicas.

h.- Cumplimiento del Horario: es requisito indispensable el estricto cumplimiento de los horarios informados por cada nivel.

i- Retiro de los menores del Establecimiento: independientemente de papá o mamá sólo se entregará el menor a aquella persona expresamente autorizada por escrito, con DNI y que sea mayor de edad. Ante imprevistos los padres deberán enviar autorización por escrito válida sólo para esa eventualidad. Si los menores se retiran con Transporte Escolar al comienzo del año deberá entregar en dirección del nivel la correspondiente autorización.

J.-Vestimenta y Equipo personal del alumno: a los efectos de una mejor higiene y comodidad se deberá cumplimentar con la indumentaria escolar específico del nivel según las actividades y época del año conforme lo comunicado a las familias y alumnos en acuerdos Institucionales o mediante comunicación del personal directivo o libreta de comunicaciones.

k.- La Familia se compromete a presentarse ante la autoridad escolar y/o personal docente del establecimiento cuando los mismos se lo requieran por los canales institucionales de comunicación. De hacer caso omiso a la citación, la familia se hará responsable respecto de las decisiones tomadas por la Institución Educativa. Asimismo, se comprometen en forma expresa a asistir a las reuniones a que fueren citados por las autoridades escolares.

L.- La familia se compromete a informar a la Institución Educativa sobre cambios en su número telefónico, domicilio y a la registración en el presente contrato de una casilla de correo de uso habitual en carácter de domicilio electrónico para recibir comunicados y notificaciones.

M.- Aceptar la organización de jornadas institucionales por nivel (2 al año) a efectos de revisión de acuerdos notificándose las mismas con 5 días de anticipación y siendo independientes de las asignadas mediante calendario docente. Para todos los efectos emergentes del presente contrato se constituyen domicilios reales y electrónicos en los declarados, donde se tendrán por válidas las notificaciones que se practiquen comprometiéndose los responsables del menor a notificar cualquier modificación en el término de cinco días.

La Plata,/ / 20.....

Por la presente, declaro conocer y comprender las condiciones de matriculación de los alumnos respecto de la Institución Monseñor Alberti, aceptando la totalidad de sus términos, y encontrándome debidamente notificado mediante nota de igual tenor que recibí mediante correo electrónico o descarga por medio utilizado por la Institución Educativa y firmo al pie.

Teléfono/Celular:.....

Correo Electrónico:.....

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración de firma..... **DNI**

Domicilio denunciado.....



En mi carácter de adulto responsable del/de la alumno/a _____,
DNI _____, presto mi consentimiento a la “Institución Monseñor Alberti”
para que el/la alumno/a pueda ser fotografiado/a y/o filmado/a en las actividades que
participa junto con sus compañeros y docentes. Las mismas serán de público acceso a través de redes sociales
institucionales. Entiendo que el uso de la imagen del/de la niño/a o adolescente será principalmente para fines
de la enseñanza y el análisis de la tarea educativa en la institución de la que es alumno/a, permitiendo que las
secuencias fotografiadas y/o filmadas puedan usarse para presentaciones educativas entre docentes.

Asimismo, autorizo a que en el marco de las salidas educativas organizadas por la Institución, el/la
niño/a o adolescente pueda ser fotografiado y/o filmado en los lugares de visita, asumiendo que los mismos
pueden poseer redes sociales donde publican fotos/videos de las actividades que allí se desarrollan.

A través de la presente dejo constancia que no existe ningún límite de tiempo en cuanto a la vigencia de
esta autorización, ni tampoco ninguna especificación geográfica en dónde se puede analizar este material,
aclarando que toda objeción o caducidad del contenido, parcial o total de la misma, se hará efectiva
únicamente mediante notificación por escrito que bajo mi exclusiva responsabilidad dirija a las
autoridades del Establecimiento.

Lugar y fecha: _____

Firma:..... DNI.....

Aclaración adulto responsable: _.....



FECHA: / /

FICHA DE SALUD 2024

ATENCIÓN: Este documento deberá ser escrito con letra imprenta mayúscula. En caso de modificaciones durante el ciclo escolar, los padres se hacen responsables de comunicar las mismas, por escrito a las autoridades del Nivel.

Datos personales del alumno

NOMBRE Y APELLIDO:		AÑO/GRADO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:		
DOMICILIO	TEL:	CEL:	
OBRA SOCIAL:	N° DE SOCIO:	TEL:	
OTROS TELÉFONOS ALTERNATIVOS (MÓVILES O FIJOS)			
NOMBRE:	PARENTESCO:	TEL:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	PARENTESCO:	TEL:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	PARENTESCO:	TEL:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/>

Antecedentes clínicos

FECHA DE LA ÚLTIMA ANTITETÁNICA (REFUERZO): / /

IMPORTANTE: En caso de no tener aplicado el refuerzo de vacuna antitetánica deberá hacerlo.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO De ser así, adjuntar certificado de salud.

¿Cuál?

Durante los últimos tres años fue internado alguna vez: SI NO ¿Por qué?

TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA SI NO Manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe

Recibe tratamiento permanente: SI NO

TRATAMIENTOS

Recibe tratamiento médico: SI NO Especifique:

Quirúrgicos: SI NO EDAD Tipo de Cirugía:

Presenta alguna limitación física: SI NO Aclaración:

Otros problemas de salud:

Adjuntar audiometría y examen visual (sólo para primer grado o alumnos ingresantes)

Aptitud Psicofísica

El alumno/a se encuentra en condiciones psicofísicas para realizar actividades recreativas, actividades físicas escolares, acordes a su edad y sexo.

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

ACLARACIÓN

Personas autorizadas a retirar al alumno en caso de ausencia de los adultos responsables
(deberán concurrir a retirar al alumno con DNI)

Apellido y nombre del alumno: _____ Curso: _____

PERSONA 1

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PERSONA 2

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PERSONA 3

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PERSONA 4

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Firma adulto responsable

Aclaración

DNI

Personas autorizadas a retirar al alumno en caso de ausencia de los adultos responsables
(deberán concurrir a retirar al alumno con DNI)

Apellido y nombre del alumno: _____ Curso: _____

PERSONA 1

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PERSONA 2

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PERSONA 3

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PERSONA 4

Apellido y nombre: _____ DNI : _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Firma adulto responsable

Aclaración

DNI

