



APELLIDO Y NOMBRES		DNI	
FECHA NACIMIENTO	EDAD	SOCIO	SEXO
DOMICILIO		TELÉFONO PARTICULAR	
SALA O GRADO AL QUE PASA	COLEGIO	MICRO	
APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE		DNI	
CELULAR		E-MAIL	
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE		DNI	
CELULAR		E-MAIL	

REGISTRO DE RESERVA	TURNO MAÑANA				TURNO TARDE			
	1° SEM	2° SEM	3° SEM	4° SEM	1° SEM	2° SEM	3° SEM	4° SEM
DICIEMBRE								
ENERO								
FEBRERO								

AUTORIZADOS A RETIRAR A MI HIJO/A DE LA COLONIA

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	DNI

NORMAS DE CONVIVENCIA

* PRESENTACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO.

* PRESENTACIÓN FOTOCOPIA DE DNI.

* PRESENTACIÓN FOTOCOPIA CARNET OBRA SOCIAL.

* AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTOR AL COMENZAR LA COLONIA, HACIÉNDOSE RESPONSABLE DEL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO/A.

* LA CUOTA SE ABONA DEL 1 AL 8 DE CADA MES.

* **INSCRIPCIÓN** \$6.000 (REMERA DE LA COLONIA Y CANCIONES EN FORMATO DIGITAL) MÁS EL VALOR DE \$21.000 A CUENTA POR COLONO PARA CADA PERIODO QUE RESERVA. DE NO PRESENTARSE DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS DIAS HABILDES ACORDADOS SE PIERDE LA VACANTE Y EL IMPORTE ABONADO. EL MISMO NO ES TRANSFERIBLE A OTROS MESES NI A OTROS COLONOS. SE RESPETARÁN SOLAMENTE LOS PERIODOS ELEGIDOS.

* DEBERÁN TRAER LA MERIENDA EN AMBOS TURNOS.

* SE PODRÁ RETIRAR AL COLONO EN CASO DE URGENCIA HASTA MEDIA HORA ANTES DEL HORARIO DE SALIDA EN AMBOS TURNOS.



HORARIOS TURNO MAÑANA: 8:30 HS. A 12:15 HS TURNO TARDE: 13:15 HS. A 17 HS.

INDUMENTARIA DEPORTIVA: SHORT, REMERA COLONIA, USO OBLIGATORIO DE ZAPATILLAS, GORRA DE SOL

MEDIO TURNO: PROTECTOR Y REPELENTE (O SIMILAR) PUESTO ANTES DE SALIR DE CASA.

MOCHILA: MALLA, OJOTAS, TOALLON, GORRA DE AGUA, ANTIPARRAS. PROTECTOR. BOLSA RESIDUOS O SIMILAR. MUDA DE ROPA.

ELEMENTOS PERSONALES: MERIENDA, VASO IRROMPIBLE

TODO CON NOMBRE!!

DATOS DE INTERÉS

¿EXISTE ALGUNA DIFICULTAD FÍSICA QUE DEBAMOS CONOCER?.....

¿ACTUALMENTE ESTÁ REALIZANDO ALGÚN TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO O PSICOLÓGICO? ¿POR QUÉ?.....

¿ES ALERGICO/A?.....¿A QUÉ?.....

¿ES TEMEROSO AL AGUA?.....¿FLOTA SOLO/A EN LO PROFUNDO?.....

¿DESEA DEJAR ALGUNA OBSERVACIÓN SOBRE SU HIJO/A?.....

PREFERENCIA AMIGOS (PONER 1 SOLAMENTE).....

AUTORIZACIÓN

POR MEDIO DE LA PRESENTE, PRESTO CONFORMIDAD Y MANIFIESTO CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA Y LA FORMA DE DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESCUELA HIPOCAMPO (DIOPHAZE S.R.L) Y AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL LO HE INSCRIPTO. ASI MISMO, AUTORIZO AL PERSONAL DE LA ESCUELA HIPOCAMPO, A TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE A SU CRITERIO JUZGUEN NECESARIAS PARA PRESERVAR LA INTEGRIDAD Y SALUD DE MI HIJO/A, EN CASO DE URGENCIAS O FUERZA MAYOR.

DEJO CONSTANCIA QUE MI HIJO/A SE ENCUENTRA AUTORIZADO Y EN PERFECTO ESTADO DE SALUD PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN QUE LO ESTOY INSCRIBIENDO, ACOMPAÑANDO EL CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA. ME COMPROMETO A COMUNICAR A LA ESCUELA HIPOCAMPO , CUALQUIER CAMBIO EN SU CONDICIÓN, SIENDO DICHA CIRCUNSTANCIA MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD, EXIMIÉNDOLOS DE CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE MI HIJO/A , PUDIERE SUFRIR. ASI MISMO ME COMPROMETO A DAR AVISO A LA ESCUELA HIPOCAMPO ANTE CONTACTO ESTRECHO, SOSPECHA O CONFIRMACION DE COVID 19.

.....
FIRMA DEL PADRE, MADRE Ó TUTOR

.....
ACLARACIÓN

.....
N° DE DOCUMENTO

.....
FECHA