



# INSCRIPCIONES

Aquellos que deseen inscribirse en el Colegio, deberán solicitar en primer lugar una **entrevista informativa** a través del **formulario** en la página web, vía e-mail ([info@shamrockjc.com.ar](mailto:info@shamrockjc.com.ar)) o por teléfono (+54 11 4504 4735).

## DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Una vez efectuada la entrevista, y después de haber confirmado la disponibilidad de vacantes, los padres deberán concurrir al colegio con la siguiente documentación a fin de efectuar la inscripción:

- Ficha de Datos del Alumno completa y firmada por ambos padres
- 2 fotos 4x4
- Fotocopia Partida de Nacimiento
- Fotocopia D.N.I. del alumno (1° y 2° hoja)
- Fotocopia D.N.I. de Madre y Padre (1° y 2° hoja)
- Fotocopia Calendario de Vacunación completo
- Libre Deuda del colegio del cual proviene
- Certificado de agudeza visual firmado por médico oftalmólogo (en Marzo)
- Completar ficha médica y entregarla firmada por médico pediatra (en Marzo)

## VENTA DE UNIFORMES

Johnny Kids • Conde 955 - C.A.B.A. | Tel: 4551-7842 | [johnnykids@fibertel.com.ar](mailto:johnnykids@fibertel.com.ar)



Instituto Incorporado a la Enseñanza Oficial  
Caract. (A-1150)

## FICHA DE DATOS

**APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO / STUDENT'S FULL NAME**

--

### DATOS DEL ALUMNO / STUDENT'S DATA

<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO / DATE AND PLACE OF BIRTH</b>		<b>TIPO Y Nº DE DOCUMENTO / ID NUMBER</b>		<b>SEXO / SEX</b>
<b>DOMICILIO / HOME ADDRESS</b>	<b>CÓD. POSTAL / ZIP CODE</b>	<b>TELÉFONO / TELEPHONE</b>	<b>NACIONALIDAD / NATIONALITY</b>	
<b>COBERTURA MÉDICA / SOCIAL SECURITY</b>		<b>Nº DE AFILIADO / S.S. NUMBER</b>		
<b>TEL. EMERGENCIAS / EMERGENCY TEL.</b>		<b>SANGRE GRUPO Y FACTOR / BLOOD GROUP</b>		

**EL ALUMNO VIVE CON: / STUDENT LIVES WITH:**

**AMBOS PADRES / BOTH PARENTS**     **PADRE / FATHER**     **MADRE / MOTHER**

### DATOS DEL PADRE / FATHER'S DATA

**VIVE / LIVES:**     **SI / YES**     **NO / NO**

<b>APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE / FATHER'S FULL NAME</b>		<b>TIPO Y Nº DE DOCUMENTO / ID NUMBER</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH</b>		<b>NACIONALIDAD / NATIONALITY</b>	
<b>DOMICILIO / HOME ADDRESS</b>		<b>CÓD. POSTAL / ZIP CODE</b>		<b>TELÉFONO / TELEPHONE</b>			
<b>DOMICILIO COMERCIAL / BUSINESS ADDRESS</b>		<b>TELÉFONO / TELEPHONE</b>		<b>CELULAR / CELL PHONE</b>			
<b>OCUPACIÓN / OCCUPATION</b>		<b>E-MAIL</b>					

### DATOS DEL MADRE / MOTHER'S DATA

**VIVE / LIVES:**     **SI / YES**     **NO / NO**

<b>APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE / FATHER'S FULL NAME</b>		<b>TIPO Y Nº DE DOCUMENTO / ID NUMBER</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH</b>		<b>NACIONALIDAD / NATIONALITY</b>	
<b>DOMICILIO / HOME ADDRESS</b>		<b>CÓD. POSTAL / ZIP CODE</b>		<b>TELÉFONO / TELEPHONE</b>			
<b>DOMICILIO COMERCIAL / BUSINESS ADDRESS</b>		<b>TELÉFONO / TELEPHONE</b>		<b>CELULAR / CELL PHONE</b>			
<b>OCUPACIÓN / OCCUPATION</b>		<b>E-MAIL</b>					

**EN CASO QUE EL ALUMNO NO VIVA CON SUS PADRES, COMPLETAR LOS DATOS DE LA PERSONA CON QUE VIVE**

IF RESIDING WITH GUARDIAN OTHER THAN PARENTS, INDICATE THE FOLLOWING

<b>NOMBRE COMPLETO / FULL NAME</b>		<b>TIPO Y Nº DE DOCUMENTO / ID NUMBER</b>	
<b>DOMICILIO / ADDRESS</b>		<b>PARENTESCO / RELATIONSHIP</b>	

<b>APELLIDO Y NOMBRE DEL APODERADO RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS CUOTAS / NAME OF PARENT GUARDIAN RESPONSIBLE FOR PAYING FEES</b>		<b>CUIT – CUIL – DNI / ID NUMBER</b>		<b>CELULAR / CELL PHONE</b>	
<b>DOMICILIO / HOME ADDRESS</b>		<b>E-MAIL</b>			



Instituto Incorporado a la Enseñanza Oficial  
Caract. (A-1150)

	SI	NO
Autorizo a publicar entre los alumnos mi teléfono particular.		
Autorizo a publicar entre los alumnos los teléfonos celulares de los padres.		
Autorizo a mi hijo a realizar simulacros de emergencia durante el año.		
Autorizo a mi hijo a concurrir al campo de deportes en los días y horarios asignados.		
Autorizo al Colegio del Trébol a difundir y publicar las imágenes y/o grabaciones en video o en audio en las que aparece mi hijo/a en la página web del colegio.		

### Personas autorizadas a retirar a nuestro hijo/a

Nombre	Vínculo	Documento	Teléfono

Los alumnos podrán ser retirados sólo por las personas autorizadas en esta ficha, que no podrán ser más de 6. En el caso de tener que retirarse eventualmente con otra persona deberán traer una autorización firmada en el cuaderno de comunicaciones. No serán válidas las autorizaciones telefónicas o vía e-mail.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA y ACLARACIÓN

PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA y ACLARACIÓN

MADRE