

LISTA DE MATERIALES PRIMER GRADO. CICLO LECTIVO 2025.



- ✓ 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 60/100 hojas a **rayas** tipo ABC-ÉXITO (forrado de rojo para **Matemática**)
- ✓ 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 60/100 hojas a **rayas** tipo ABC-ÉXITO (forrado de azul para **Lengua**)
- ✓ 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 60/100 hojas a **rayas** tipo ABC-ÉXITO (forrado de amarillo para **Ambiente Cultura y tecnología.**)
- ✓ 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 80 hojas a rayas tipo ABC-ÉXITO (forrado de naranja para **Inglés.**)
- ✓ Carpeta número 5 con 2 anillos metálicos (hojas 20 blancas y 10 de color).
(Artes Visuales)
- ✓ Cuaderno tapa dura chico de 50 hojas forrado de **verde.** (**Comunicaciones.**)
- ✓ Todos los cuadernos deben tener **rótulo** y portada, indicando: Área, **nombre del /la alumno/a**, DNI, colegio, año que cursa, teléfono de emergencia, nombre de las docentes.
- ✓ Manual y fotocopias a confirmar.

CARTUCHERA COMPLETA:

Con 2 lápices, 2 gomas, 12 colores largos, regla, plasticola, saca puntas y tijera punta redonda que corte bien.

MATERIALES DE USO COMPARTIDO:

- 1 cinta de papel, 1 papel afiche, 5 globos blancos y 5 de colores, 1 rollo de cocina **(las niñas).**
- 1 cintex ancho, 1 papel madera, 5 globos celestes y 5 de colores, papel higiénico **(los varones).**
- 1 plasticola de 250 grs c/u.
- 50 hojas A4 blancas y 50 A4 de color.
- 1 block de hojas canson a color y uno blanco.
- 2 cajas de plastilinas.
- 1 paquete de palitos de helado a calor.
- 2 elementos para el botiquín de primeros auxilios (curitas, algodón, alcohol en gel, agua oxigenada 10 v., pervinox, gasas, etc.)

“TODOS LOS ÚTILES CON SU RESPECTIVO NOMBRE”

MATERIALES PARA HIGIENE PERSONAL.

- ✓ **Bolsita de higiene completa** (toalla, jabón líquido, alcohol en gel y toallitas antibacteriales, botella plástica (con nombre), pañuelitos descartables).

IMPORTANTE:

- Se les pide a las familias de los alumnos y alumnas el cumplimiento del uniforme, puntualidad y respeto por los horarios.
- Las consultas a las docentes serán en horarios preestablecidos y acordados con anticipación a través del cuaderno de comunicaciones.
- El cuaderno de comunicaciones será nuestro principal medio de comunicación, cualquier duda o consulta será respondido a la brevedad ya que serán revisados diariamente.

IMPORTANTE:

A CONTINUACIÓN COMPARTO FICHAS DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y AUTORIZACIONES QUE DEBEN TRAER IMPRESAS EL DÍA DE ENTREVISTA.

Las tres primeras 3 hojas deben traerlas sin completar. El día de las entrevistas, será la docente quien las complete.

EN FEBRERO SE ENVIARÁ FECHA DEL DÍA DE LA ENTREVISTA INICIAL.

Lugar y Fecha de la entrevista:.....
 Nombre y Apellido:.....
 Fecha de nacimiento:.....Edad:.....
 Domicilio:.....Localidad:.....
 Teléfono particular:.....Correo Electrónico:.....
 Otros teléfonos de urgencia (durante la mañana):.....
 Grupo sanguíneo:.....Peso..... Talla:.....
 Obra Social:.....N° de afiliado:.....

GRUPO FAMILIAR:

	PADRE	MADRE	TUTOR
Nombre y Apellido			
Número de Celular			
Edad			
Nacionalidad			
D.N.I.			
Estudios Cursados			
Trabajo Actual			
Teléfonos de trabajo			
Horarios			
Estado de salud			

Estado Civil de los padres:.....

Hermanos: Cantidad:

Nombre	Edad	Estudios	Salud/otros datos

Con quien vive?

Con que familiares tiene contacto más frecuente?

ANTECEDENTES DEL NIÑO

Parto: Normal:..... Cesárea:.....

Problemas al nacer:

Lactancia: Materna Artificial Mixta

¿A qué edad controlo sus esfínteres?.....

¿Asistió a otros jardines? ¿A qué edad?..... ¿A cuales?.....

HIGIENE Y SALUD

Alérgico:..... Toma medicación:..... Cuál:.....

Enfermedades que padeció o padece:.....

¿Tuvo alguna vez convulsiones?.....

¿Ha sido operado? Detallar.....

¿Quedaron secuelas?

¿Ha sufrido accidentes?

¿Ve bien? ¿Escucha bien?.....

¿Camina bien?..... ¿Pronuncia bien?.....

¿Está en tratamiento fonoaudiológico?..... Otros tratamientos:.....

¿Con quién duerme? ¿Comparte su cama?.....

ALIMENTACION

¿Con quién almuerza? Familia Parientes Serv. Domestico

¿Con quién cena? Familia Parientes Serv. Domestico

¿Utiliza cubiertos?.....¿Cuáles? Cuchara Cuchillo Tenedor

¿Tiene problemas de alimentación?.....

¿Cuál?.....

JUEGOS

¿Cuáles son sus juegos preferidos?.....

¿Tiene actividades extraescolares? ¿Cuáles?.....

¿Tiene computadora?.....¿La utiliza?.....¿cuánto tiempo?.....

¿Muestra interés por la lectura?.....

Programas de televisión que ve

¿Cuántas horas diarias?

¿Solo o en compañía?

INGRESO A LA INSTITUCION

¿Por qué eligieron este Colegio?

.....

.....

.....

¿Qué expectativas tiene usted con el colegio?.....

¿Qué logros espera ver de su hijo al finalizar el año?

¿Qué aspiraciones o expectativas tiene para su hijo?.....

RELACION DEL NIÑO

*Con mamá: excelente - muy buena - buena - regular- mala - no tiene relación

*Con papá: excelente - muy buena - buena - regular- mala - no tiene relación

*Con los hermanos: excelente - muy buena - buena - regular - mala - no tiene relación

*Con sus pares: excelente - muy buena- buena - regular - mala - no tiene relación

*Limites: acepta los limites - los acepta protestando - se resiste pero los acepta - no lo acepta

*Forma de ser del niño/a : tranquilo- movedido- dócil- explosivo - estudioso - callado - introvertido
extrovertido - hiperactivo- desatento - atento

*¿Con quién pasa la mayor parte del tiempo?.....

ASPECTO PERSONAL

Actividades extraescolares que realiza, en qué tiempo.....

Su hijo/a asiste al colegio con agrado SI - NO ¿Por qué?

¿Qué hace en su tiempo libre?.....

¿Qué cosas considera importante que el docente debe saber?

.....

OBSERVACIONES

¿Desea agregar algo más?

.....

.....

.....

Los papás nos comprometemos a cumplir con las Normas de Convivencia leídas y firmadas,
especialmente a respetar uniforme y los horarios de entrada y salida.

.....

Firma del Padre/Madre o Tutor

.....

Firma del Docente.

AUTORIZACION DE RETIRO

ALUMNO:

Sres. Padres:

Con el objetivo de organizar el retiro de los alumnos solicitamos detallar el listado de las personas y/o transportistas autorizados por ustedes a retirarlos del establecimiento.

También se les solicita comunicar por escrito cualquier particularidad derivada de situaciones judiciales referidas a la pareja o cualquier familiar involucrado.

Cada vez que el alumno sea retirado por otra persona que no sea consignada en esta declaración deberá asistir con autorización firmada por los tutores del alumno.

NOMBRE y APELLIDO DE QUIEN RETIRA	D.N.I	N° DE TRANSPORTE Y SEGURO / TELEFONO

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

NOMBRE y APELLIDO	RELACION O PARENTESCO CON EL ALUMNO	N° DE TELEFONO

La información proporcionada en este formulario reviste carácter de declaración jurada. Los firmantes se responsabilizan de su veracidad y se comprometen a facilitar su verificación por parte del Colegio Andino.

Fecha.....

Firma del Padre, madre o tutor

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DE UN MENOR

Nombre:.....Curso:.....

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución Nacional y regulado por la Ley 1/1982, del 5 de mayo de 1982, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y sus modificaciones.

Desde el Colegio Andino se solicita el consentimiento de los padres o tutores legales de todo menor que aparezca en imagen en el material audiovisual publicado en la página web oficial, nuestras páginas oficiales en Facebook, Twitter e Instagram para mostrar e informa sobre las actividades deportivas, recreativas o curriculares de nuestros alumnos.

Quien suscribe con DNI
como padre/madre o tutor, autorizo a Colegio Andino, a difundir y exhibir las imágenes en las que aparece mi hijoDNI.....
dentro de las paginas oficiales que el colegio posee en la red y en las redes sociales.
En la ciudad de a los del mes dede 20.....

FIRMA:
(Padre, Madre o Tutor legal)

FICHA ANUAL DE SALUD

AÑO: 20.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:.....
DNI N°:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....
DOMICILIO:.....
TELEFONO FIJO:..... TELEFONO CELULAR:.....
OBRA SOCIAL:..... AFILIADO N°:.....
NOMBRE del PADRE:..... DNI N°:.....
TELEFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....
NOMBRE DE LA MADRE:..... DNI N°:.....
TELEFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....
RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:....., DNI N°:.....
TELEFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "SI" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma.

La Dirección General de Escuela sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

Sr Médico:

Este espacio solo puede ser completado por el médico según los datos del estudiante

Edad:.....Peso:.....Talla:.....Grupo Sanguíneo:.....

ANTECEDENTES GENERALES Y CONDICIONES DE SALUD:

Procesos inflamatorios	Si	No
Diabetes	Si	No
Afección Cardíaca	Si	No
Asma	Si	No
Enfermedades del sistema nervioso	Si	No
Enfermedades respiratorias	Si	No

Enfermedades Gástricas	Si	No
Alergias	Si	No
Celiaquía	Si	No
Trastornos de alimentación	Si	No
Sonambulismo	Si	No
Epilepsia / convulsiones	Si	No
Parotiditis	Si	No
Tos convulsa	Si	No
Hepatitis	Si	No
Sarampión	Si	No
Mononucleosis infecciosa	Si	No
Hernias	Si	No
Traumatismos: fracturas, esguinces, luxaciones, otros	Si	No
Hipotensión arterial	Si	No
Hipertensión arterial	Si	No
Cirugías	Si	No
Prótesis	Si	No
Marcapasos	Si	No
Tratamiento oncológico	Si	No
Afecciones en músculos y/o huesos	Si	No

Toma algún medicamento.....nombre, dosis y frecuencia.....

.....

CERTIFICADO DE SALUD

En mi carácter de médico certifico que el titular SI / NO , goza de estado de salud que le permite realizar actividad física. Así mismo certifico que los datos consignados en este documento son correctos.

.....

Firma y sello del médico

Mendoza, de 202.....

(ESPACIO LISTA DE MATERIALES)