

# PRIMER GRADO LISTA DE MATERIALES 2026



DOCENTE: GISELLA RAMIREZ



## ▪ ÚTILES PARA MI MOCHILA

- ✓ **MATEMÁTICA:** 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 60/100 hojas a **rayas** tipo ABC-ÉXITO, forrado de **color rojo**.
- ✓ **LENGUA:** 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 60/100 hojas a **rayas** tipo ABC-ÉXITO, forrado de **color azul**.
- ✓ **AMBIENTE, CULTURA Y TECNOLOGÍA:** 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 60/100 hojas a **rayas** tipo ABC-ÉXITO, forrado de **color amarillo**.
- ✓ **INGLÉS:** 1 cuaderno tapa dura sin troquelar de 80 hojas a rayas tipo ABC-ÉXITO, forrado de **color naranja**.
- ✓ **COMUNICACIONES:** 1 cuaderno tapa dura chico de 50 hojas, forrado de **color verde**.
- ✓ **ARTES VISUALES:** Carpeta número 5 con 2 anillos metálicos (hojas canson, 20 blancas y 10 de color), forrada de color a elección.

**IMPORTANTE:** Todos los cuadernos y la carpeta deben tener rótulo y portada, indicando; Área, nombre del alumno/a, DNI, colegio, año que cursa, teléfono de emergencia (mamá, papá o familiar con permiso de retiro).

- ✓ **CARTUCHERA COMPLETA:**
- ✓ Con 2 lápices, 2 gomas, 12 colores largos, regla, boligoma, sacapuntas, regla de 20 cm. y 1 tijera punta redonda que corte bien (todo con nombre).
- ✓ **BOLSITA DE HIGIENE COMPLETA:** toalla, jabón líquido, alcohol en gel o toallitas antibacteriales, pañuelitos descartables y botella plástica o metálica (todo con nombre)

## ■ **ÚTILES Y MATERIALES DE USO COMÚN PARA MI SALA**

- 1 cinta de papel, 5 globos blancos y 5 globos de colores y 1 rollo de cocina (las niñas).
- 1 cintex ancho, 5 globos celestes y 5 de colores, 1 papel higiénico (los varones).
- 1 plasticola de 250 grs c/u.
- 40 A4 de color.
- 1 block de hojas canson a color y un block hojas blancas.
- 2 cajas de plastilinas.
- 1 paquete de palitos de helado a color.
- 2 elementos para el botiquín de primeros auxilios (curitas, agua oxigenada 10 v., pervinox, gasas, etc.)
- Témperas en pomo de 250 gr cada una, colores: azul, verde, roja, amarilla, blanco y negro (para todo el año ARTES VISUALES).

**“TODOS ESTOS ÚTILES Y MATERIALES CON SU RESPECTIVO NOMBRE”**

- **PARA TENER EN CUENTA: SE PEDIRÁ MANUAL, LIBRO DE INGLÉS Y DINERO PARA FOTOCOPIAS, SE INFORMARÁ LUEGO DE INICIADO EL CICLO.**
  - ✓ PAPEL AFICHE, CARTULINA, PAPEL MADERA U OTRO MATERIAL (SE SOLICITARÁ CON ANTICIPACIÓN, SEGÚN SE NECESITE).

**DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA: DEBE TRAERSE EN FORMATO PAPEL, EL DÍA QUE SE PACTE LA ENTREVISTA CON LA DOCENTE (PREVIO AL INICIAR EL CICLO EN FEBRERO).**

- **Fotocopia del DNI ambos lados.**
- **Fotocopia de Partida de Nacimiento.**
- **Fichas que se ANEXAN en este documento, se deben imprimir completar y firmar: de datos personales, de salud (debe ser completada y firmada por el o la pediatra), autorización de retiro (quien no esté autorizado no puede retirar al menor) y autorización de publicación de imágenes del niño/a.** **ATENCIÓN: ES DE SUMA IMPORTANCIA TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, YA QUE TODO CONFORMA EL LUA (LEGAJO ÚNICO DEL ALUMNO/A) REQUERIDO POR DGE.**

**EQUIPO DE NIVEL PRIMARIO**

## FICHA DE DATOS DEL ESTUDIANTE

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:..... Nº 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 quién convive? \_\_\_\_\_

¿Con qué familiares tiene contacto frecuente? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Vacunas

- ¿Ha recibido todas las vacunas recomendadas por el calendario de vacunación? Sí / No

- ¿Cuáles vacunas ha recibido? \_\_\_\_\_

- Dificultades de Salud Actuales

- ¿Tiene algún problema de salud actual? (marcar todas las que apliquen con una X al lado)

- Problemas de visión: .....

- Problemas de audición: .....

- Problemas de habla: .....

- Otros: \_\_\_\_\_

- Medicamentos

- ¿Toma algún medicamento regularmente? Sí / No ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

- Información Adicional

- ¿Hay algo más que debamos saber sobre la salud de su hijo/a?

---

---

---

- ¿Ha realizado o realiza algún tipo de terapia? Sí / No ¿Cuál/es?

---

---

---

- ¿Tiene el niño/a algún miedo o fobia qué sea pertinente conocer? Sí / No

---

---

---

- ¿Practica algún deporte u actividad extraescolar, cuál o cuáles? ¿Es federado/a en algún deporte? Sí / No

---

---

---

- En caso de no realizar deporte ¿Cuál preferiría practicar?

---

---

---

## 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	Nº DE TRANSPORTE Y SEGURO / TELEFONO

### EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

NOMBRE y APELLIDO	RELACION O PARENTESCO CON EL ALUMNO	Nº 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 informar 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 hijo ..... DNI ..... dentro de las páginas oficiales que el colegio posee en la red y en las redes sociales. En la ciudad de ..... a los ..... del mes de ..... de 20.....

FIRMA: .....

(Padre, Madre o Tutor legal)

**FICHA ANUAL DE SALUD****AÑO: 20.....**

APELIDO 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	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Afección Cardiaca	Sí	No
Asma	Sí	No
Enfermedades del sistema nervioso	Sí	No
Enfermedades respiratorias	Sí	No
Enfermedades Gástricas	Sí	No
Alergias	Sí	No
Celiaquía	Sí	No
Trastornos de alimentación	Sí	No
Sonambulismo	Sí	No
Epilepsia / convulsiones	Sí	No
Parotiditis	Sí	No
Tos convulsa	Sí	No
Hepatitis	Sí	No
Sarampión	Sí	No
Mononucleosis infecciosa	Sí	No
Hernias	Sí	No

Traumatismos: fracturas, esguinces, luxaciones, otros	Sí	No
Hipotensión arterial	Sí	No
Hipertensión arterial	Sí	No
Cirugías	Sí	No
Prótesis	Sí	No
Marcapasos	Sí	No
Tratamiento oncológico	Sí	No
Afecciones en músculos y/o huesos	Sí	No

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

.....

**CERTIFICADO DE SALUD**

*En mi carácter de médico certifico que el titular Sí / 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...