**INSTITUTO FORMAR FUTURO (A-565)**

Simbrón 5490 - C.A.B.A.- [www.formarfuturo.org.ar](http://www.formarfuturo.org.ar) 4568-9261/4567-6610

Diciembre 2023

**Nivel Inicial: SALA DE 2 AÑOS**

**Organización del Ciclo Lectivo 2024**

Estimadas Familias:

Les enviamos, a continuación, información relevante y a tener en cuenta para el ciclo lectivo 2024:

Materiales que deben traer los niños y las niñas todos los días:

* Mochila sin ruedas, tamaño mediano en el cual puedan caber, con comodidad, todas las pertenencias de cada niño/a. Con nombre.
* Un vaso con asa de plástico. Sin pico, ni sorbete, ni tapa. Con nombre.
* Una toallita con cinta para colgar del cuello. Con nombre.
* Bebida para el momento del refrigerio, puede ser una botella o termo (no de vidrio)con agua, jugo, o las cajitas de cartón que traen jugo o leche.
* Alimento sólido para el momento del refrigerio (galletitas, yogurt, cereales, barritas, etc.). Si fuera fruta, ya lista para comer (pelada, cortada, sin semillas, etc.). Todo el alimento dispuesto en un táper.
* Dentro de la mochila deberá haber 2 pañales con nombre (escrito en marcador) y una bolsa de tela con una muda de ropa acorde a la estación, que incluya medias y calzado. Para quienes hagan jornada extendida deberán traer un paquete de 30 pañales los cuales quedarán en el establecimiento.
* Los que ya controlan esfínteres traer 1 bombacha o calzoncillo y una bolsa de tela con una muda de ropa. Los niños/as que realizan jornada completa o se queden hasta después del almuerzo deberán traer 4 pañales. Por cuestiones de autonomía, la muda viajera permanecerá en la sala.

**Importante:** tanto la muda viajera, como todas las prendas del uniforme deberán estar identificadas con el nombre y apellido del niño/a, con etiqueta clara y duradera o bordada, para evitar que se pierdan.

Materiales de trabajo para entregar a la docente el primer día de clase:

* Cuaderno de 100 hojas forrado con la estampa que deseen, etiqueta con nombre, apellido y sala a la que pertenece.
* 4 fotos grandes de los niños (10x15cm) iguales o diferentes. Plastificadas.
* 1 alcohol en gel pequeño.
* 3 rollos de cocina de papel absorbente.
* 5 paquetes de toallitas higiénicas de 50 unidades. (Hasta vacaciones de invierno).
* 2 cajas de pañuelitos.
* Recomendamos no traer juguetes desde el hogar.
* Foto familiar 10x15
* Foto de una mascota 10x15
* Un disfraz a elección y accesorios
* Caja Archivo cartón carta 30x25x12

Uniforme:

Recordar la importancia en el cumplimiento del uniforme, asistiendo con el calzado reglamentario y pedimos especialmente que no concurran con mochilas de tipo carrito o con ruedas. Los accesorios (gorro, bufanda, vincha, etc.) deben respetar los colores del uniforme (blanco, azul, turquesa y naranja).

Administración: Habrá guardias administrativas hasta el 5 de enero del 2024. Para concretar cita comunicarse a los teléfonos 4568-9261, 4567-6610 o 15-55793861. A partir del 5 de febrero del 2024 las guardias administrativas atenderán de 07:30 a 17:00 horas.

Secretaría Pedagógica Nivel Inicial y Primario: a partir del 6 de febrero atenderá de 08:30 a 12:00 horas.

**Importante:**

**Cualquier información relevante será subida vía aula virtual y/o mail a las familias.**

|  |
| --- |
| **TALLERES TURNO TARDE: Se enviará la información pertinente de los Talleres y los materiales correspondientes en el mes de FEBRERO 2024.** |

A disposición, saludos cordiales.

Equipo Directivo del Nivel Inicial y Primario.

**Nivel Inicial: SALA DE 2 AÑOS**

**Cupón de Reglamento**

Estimadas familias:

Les contamos que el Reglamento Institucional se encuentra en nuestra página Web para ser leído y/o descargado. Les adjuntamos el enlace: <http://formarfuturo.org.ar/> (solapa de Documentación).

Descripción: Resultado de imagen para tijera imagen**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_**

**NOTIFICACIÓN DEL REGLAMENTO INSTITUCIONAL NIVEL INICIAL Y PRIMARIA**

**INSTITUTO FORMAR FUTURO A- 565**

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sala /Grado en el **Ciclo Lectivo 2024:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*“Como familia leímos, nos notificamos y nos comprometemos a cumplir con el* ***Reglamento Institucional Nivel Inicial y Primario del Instituto Formar Futuro A-565.”***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma madre/padre /tutor Aclaración DNI

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma madre/padre /tutor Aclaración DNI

CABA, \_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE 20\_\_

**Nivel Inicial: SALA DE 2 AÑOS**

**Cambio de ropa y pañales**

Estimadas familias:

El abajo firmante en calidad de Padre/Madre del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de sala de 2/3 años del ciclo lectivo 2024, autorizo a los docentes y auxiliares del Instituto Formar Futuro a realizar el cambio de pañales y ropa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA ACLARACIÓN DNI

**Nivel Inicial: SALA DE 2 AÑOS**

**Retiro Autorizado**

(Completar por duplicado)

**CICLO ESCOLAR 2024**

**ALUMNO: DNI: GRADO/SALA:**

PADRE: DNI:

MADRE: DNI:

**Las siguientes personas son las únicas autorizadas por la familia para retirar al alumno/a, en el horario de salida correspondiente.**

A considerar:

* **Solo mayores de edad pueden ser autorizados (+ 18).**
* **Ante algún cambio y/o anexo en las personas autorizadas, por favor, enviar notificación por cuaderno de comunicados.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE Y APELLIDO** | **RELACIÓN/PARENTESCO CON EL ALUMNO** | **DNI** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |

**Dichas personas autorizadas deberán presentarse en el horario estipulado de salida con DNI en mano. Caso contrario no podrá retirar al alumno/a.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma madre/padre /tutor Aclaración DNI

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma madre/padre /tutor Aclaración DNI

CABA \_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE 2024

**Nivel Inicial: SALA DE 2 AÑOS**

**Ficha de Antecedentes de Salud**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD –CICLO LECTIVO 2024** |  |  |
| FORMULARIO PARA CUMPLIMENTAR POR LOS PADRES DE LOS ALUMNOS |  |  |
|  |  |  |
| Establecimiento: **Instituto Formar Futuro (A-565)** FECHA:………………………………………………… | | |
| Apellido del alumno/a: ……………………………………………….……….... Nombres del alumno/a: ……………………………………………………..……………. | | |
| Sala/Grado Ciclo Lectivo **2024**……………………………………………..….. Turno: ………..……………………..………….. Edad: ………….……..…...……………. | |  |
| Domicilio: ………………………………………………………………………………..………………………………………. Tel: ………….……………………………….……………. | |  |
| Tel. Alternativo: …………………………...……………………………………….. Celular Madre/padre:……………………………………………………………………….  Grupo sanguíneo: …………………………………..……. | **Complete con SI o NO** |  |
|  |  |
| **A) Se encuentra padeciendo:** |  |  |
| \* Procesos inflamatorios o infecciosos…………………………………………………………………………………………………..……..……….………………………. |  |  |
|  |  |  |
| **B) Padece algunas de las siguientes enfermedades:** |  |  |
| \* Metabólicas: Diabetes …………………………………………………………………………………………………………………………..……….....………………………. |  |  |
| \* Cardiopatías Congénitas ……………………………………………………………………………………………………………………..………..….………………………... |  |  |
| \* Cardiopatías infecciosa………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………. |  |  |
| \* Hernias inguinales, crurales ……………………………………………………………………………………………………………………...........………………………… |  |  |
| \* Alergias ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………. |  |  |
|  |  |  |
| **C) Ha padecido en fecha reciente:** |  |  |
| \* Hepatitis (60 días) …………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….. |  |  |
| \* Sarampión (30 días) …………………………………………………………………………………………………………………………..………….……………………………. |  |  |
| \* Parotoditis (30 días) ………………………………………………………………………………………………………………………….…………..……………………………. |  |  |
| \* Mononucleosis infecciosa (30 días) ……………………………………………………………………………………………………….………..………………………….. |  |  |
| \* Esguince o dislocación (luxación) de tobillo, hombro o muñeca (60 días)…………………………………………….……….….…………………………. |  |  |
|  |  |  |
| **D) Alguna otra situación particular determinada por el médico**......…………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| \* ¿Cuál? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……....………………………… |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..………………………. |  |  |
|  |  |  |
| **E) Toma medicamentos en forma permanente** ……………………………………………………………………………….………… |  |  |
| \* ¿Cuáles? ……………………………………………………………………………………………………….….….…..……..………….….……. |  |  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...….…………………. |  |  |
|  |  |  |
| **F) ¿Está apto para realizar Educación Física?** …………………………………………………………………………………………….... |  |  |
|  |  |  |
| \* En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriores (A, B, C, D o E) deberá adjuntar certificado médico que avale la afección consignada indicando, si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para realizar actividad física. |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **G) Tiene las vacunas actualizadas**………………………………………………………………………………….……………………………… |  |  |
|  |  |  |
| **H) Posee cobertura médica** |  |  |
| \* ¿Cuál?........................................................................Nº de Afiliado…………….……………..…………….………..……. |  |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………….…..… | |  |
|  | |  |
| **I) Traslado del menor** | |  |
| En caso de ser asistido y requerirse un traslado urgente autorizo a las autoridades de la institución a realizar el traslado de mi hijo/a al centro asistencial acordado por medio de nuestra asistencia médica. |  |  |
|  |  |  |
|  | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| …………………………………………………………………. ………………………………………………………………………… | |  |
| Firma de Médico Pediatra Aclaración de firma y Matrícula profesional | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| .………………………………………………….. .………………………………………….. …………………………………. | |  |
| Firma Padre o Madre Aclaración DNI |  |  |
|  |  |  |