



Pensando escuela.
Construimos experiencia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO MANUEL BELGRANO
La Rioja 1450 – 5000 – Córdoba (R.A.) – Tel.: 4337040/45
Fax: 4337036 – E Mail: saludescolar@mb.unc.edu.ar

ACTUALIZACIÓN DE DATOS
(Con copia para padre, madre o tutor)

1. Apellido/s y Nombre/s del alumno:.....

2. D.N.I.:..... Curso:..... Sección:.....

3. Domicilio:.....

4. Teléfono de la casa:..... Teléfono móvil madre/padre/tutor):.....

.....

5. Teléfono de emergencia (trabajo, abuelos, vecinos, amigos que puedan comunicarse):.....

.....

6. Lugar donde desea que sea trasladado su hijo/a en caso de necesidad (Clínica u Hospital), si no se pudiera comunicar con los familiares. (Se aclara que, por tener la U.N.C. un convenio de Área protegida con Servicio de Emergencias, predomina el criterio médico de éste en caso de disponerse del traslado del alumno. Por tanto, la responsabilidad de la Escuela abarca hasta ese momento únicamente)

Clínica u Hospital:.....

7. Mutual:.....Nº de Afiliado:.....

8. Fotocopia de carnet de afiliado a Mutual (dato requerido por Servicio de Emergencias en caso de traslado a Centro Asistencial)

9. Fotocopia de D.N.I. (frente y dorso)

10. Grupo sanguíneo:.....Factor RH:.....

11. Alergias a medicamentos/alimentos:.....

.....

12. Patologías o medicamentos permanentes en los últimos seis meses:.....

.....

.....

.....

.....

Firma Área de Salud Escolar

Firma de padre, madre o tutor