

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial _____ CUE _____ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
 Nombre _____ Nº _____ Distrito _____
 SECTOR DE GESTIÓN: Estatal Privado Municipal

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete sólo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

INSCRIPCIÓN

Clave Provincial _____ CUE _____ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO Nivel/Modalidad _____
 Nombre _____ Nº _____ Dirección _____
 Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ País _____
 SECTOR DE GESTIÓN: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL SECUNDARIO	Ciclo Básico	CESAJ	Ciclo Superior Orientación	INDICAR ORIENTACION
AÑO	1 2	3	4 5 6	
TURNO	Mañana	Tarde	Noche	Vespertino
JORNADA	Simple	Completa	Extendida	Doble Escolaridad

CONDICIÓN DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL Ingresante Reinscripto Promovido Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Es alumno con pase? SI NO
 ¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

PARA INSCRIPCIÓN EN ITINERARIO FORMATIVO O SISTEMA DUAL

Inscripción en un Itinerario Formativo Inscripción en Sistema Dual
 Establecimiento donde está inscripto en el Ciclo Superior Orientado
 En este establecimiento
 En otro establecimiento Nombre _____ Nº _____
 Distrito _____ CUE _____ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ALUMNO

Tipo de Doc. _____ Nº _____ Apellido/s _____ Sexo _____ Fecha de Nac. _____ DOMICILIO Calle _____ Dpto _____ Entre calles _____ Otro dato referido al domicilio _____ Provincia _____ Teléfono _____	Posee <input type="checkbox"/> En Trámite <input type="checkbox"/> No Posee <input type="checkbox"/> Nombre/s _____ Lugar de Nac. _____ Distrito _____ Teléfono Celular _____	Estado del Doc. <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo Nacionalidad _____ Nº _____ Piso _____ Torre _____ Localidad _____ Código Postal _____
--	---	---

Nº de Legajo _____ Nº de Matriz _____ Nº de Folio _____ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

OTROS DATOS DEL ALUMNO

Hermanos SI NO Cantidad _____ Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento _____
 Cantidad de habitantes en el hogar _____ Cantidad de habitaciones en el hogar _____ Otra lengua hablada en el hogar _____
 Recibe ayuda escolar SI NO Obrasocial SI NO
 ¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa? SI NO
 AUH Becas por excepción
 Progresar Otros
 Becas Judicializadas
 Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
 A pie Omnibus Autoparticular Taxi/Remís Otro
CONTESTAN ALUMNOS DE 14 AÑOS Y MÁS
 Tiene hijos menores de 3 años SI NO Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales SI NO

DATOS DE LA MADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ N° _____ Sin poseer documento indicar En Trámite No Tiene Doc.

DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____

Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL PADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ N° _____ Sin poseer documento indicar En Trámite No Tiene Doc.

DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____

Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL TUTOR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Sin poseer documento indicar En Trámite No Tiene Doc.

DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____

Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO

(Alumnos menores de 18 años)

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Tipo de Doc. _____ N° _____ Restricción _____

INFORMACIÓN DE SALUD

ObraSocial _____ N° Afiliado _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO ¿Cuál? _____
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?
SI NO ¿Por qué? _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI NO
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____
La alergia se debe a _____ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique _____
Quirúrgicos SI NO Edad _____ Tipo de cirugía _____
¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración _____
¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR LOS	<p>VACUNAS OBLIGATORIAS tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2 de acuerdo a su cumplimiento <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i></p>
	<p>DETERMINACION DE Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo) _____ Fecha de la determinación _____ / _____ / _____</p>

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

RECURRIR A	Institución	_____
	Domicilio	_____ Teléfono _____
MEDICO	Apellido/s	Nombre/s _____
	Domicilio	_____ Teléfono _____
FAMILIAR	Apellido/s	Nombre/s _____
	Domicilio	_____ Teléfono _____

ACTUALIZACIONES

Fecha _____ / _____ / _____	Anual	SI	NO	¿Hay cambios?	SI	NO
Describe los cambios de salud del alumno _____						
Fecha _____ / _____ / _____	Anual	SI	NO	¿Hay cambios?	SI	NO
Describe los cambios de salud del alumno _____						
Fecha _____ / _____ / _____	Anual	SI	NO	¿Hay cambios?	SI	NO
Describe los cambios de salud del alumno _____						

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

El abajo firmante se compromete a comunicar el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____
_____ Firma del responsable
_____ Aclaración
_____ Firma del Director