

• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre:

Número:

Distrito:

Estatal ☐
 Privado ☐

INSCRIPCIÓN

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

AREA: (Marque una)

Pedagógica ☐ Integración ☐ Pre-Laboral ☐ Parasistemática ☐
 (Form. Laboral)

TURNO SOLICITADO: Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐

CICLO/AÑO: ESPECIALIDAD:

AREA: (Marque una)

Pedagógica ☐ Integración ☐ Pre-Laboral ☐ Parasistemática ☐
 (Form. Laboral)

TURNO SOLICITADO: Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐

CICLO/AÑO: ESPECIALIDAD:

• DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Trámite ☐ No posee ☐

Apellido/s: Nombres: Nacionalidad:

Sexo: Fecha de Nac: / / Lugar de Nac: Piso: Torre: Dpto:

Domicilio - Calle: Código Postal: Teléfono:

Localidad: N° Legajo: N° Libro Matriz: N° Folio:

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Completa sólo si el año pasado o este año el alumno concurre a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal ☐

Nombre del Establecimiento: Nro: Privado ☐

Condición del alumno en la inscripción actual: Permanece ☐ Reinscripto ☐ Ingresante ☐ Promovido ☐ Proveniente del ciclo lectivo anterior ☐

• ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE CONCURRE EL ALUMNO: (EGB o Inicial)

Nombre del Establecimiento: Número: Estatal ☐ Privado ☐

Distrito: Nivel: Año/Grado: Rápido: SI ☐ NO ☐

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuántos en este Establecimiento? Distancia del domicilio a la escuela: Km.

Cantidad de habitantes en el hogar: Cantidad de habitaciones en el hogar (exceptuando cocina y baño):

Cantidad de libros en el hogar (no contando revistas, diarios y textos escolares):

DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

Apellido/s de la MADRE: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporal ☐ Changas/jornalero ☐ No trabaja y busca ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Jubilado/pensionado ☐ Rentista ☐ Discapacitado ☐ Otros ☐

Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐ Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año/grado:

¿Vive? ☐ NO ☐ SI ☐ Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Trámite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del PADRE: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporal ☐ Changas/jornalero ☐ No trabaja y busca ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Jubilado/pensionado ☐ Rentista ☐ Discapacitado ☐ Otros ☐

Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐ Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año/grado:

¿Vive? ☐ NO ☐ SI ☐ Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Trámite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del TUTOR/RESPONS.: Nombres:

Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporal ☐ Changas/jornalero ☐ No trabaja y busca ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Jubilado/pensionado ☐ Rentista ☐ Discapacitado ☐ Otros ☐

Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐ Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año/grado:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Trámite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

JEFE/A DE HOGAR: Madre ☐ Padre ☐ Tutor/Responsable ☐

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/s: Nombres:

Tipo Doc: N° Doc: Vínculo / Parentesco con el alumno:

Obra Social:		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 ALGÚN 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 PADRES	VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐ SIN DATOS ☐ En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica																				
	DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la Determinación:/...../.....																				
SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Recurrir a:</td> <td style="width: 40%;">Institución:</td> <td style="width: 40%;">Teléfono:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Domicilio:</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Médico:</td> <td>Apellido/s:</td> <td>Nombres:</td> </tr> <tr> <td>Domicilio:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Familiar:</td> <td>Apellido/s:</td> <td>Nombres:</td> </tr> <tr> <td>Domicilio:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> </table>				Recurrir a:	Institución:	Teléfono:		Domicilio:		Médico:	Apellido/s:	Nombres:	Domicilio:	Teléfono:	Familiar:	Apellido/s:	Nombres:	Domicilio:	Teléfono:		
Recurrir a:	Institución:	Teléfono:																			
	Domicilio:																				
Médico:	Apellido/s:	Nombres:																			
	Domicilio:	Teléfono:																			
Familiar:	Apellido/s:	Nombres:																			
	Domicilio:	Teléfono:																			
ACTUALIZACIONES: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Fecha:/...../.....</td> <td style="width: 35%;">Anual: SI ☐ NO ☐</td> <td style="width: 35%;">¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Describa los cambios de salud del alumno:</td> </tr> <tr> <td>Fecha:/...../.....</td> <td>Anual: SI ☐ NO ☐</td> <td>¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Describa los cambios de salud del alumno:</td> </tr> <tr> <td>Fecha:/...../.....</td> <td>Anual: SI ☐ NO ☐</td> <td>¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Describa los cambios de salud del alumno:</td> </tr> </table>				Fecha:/...../.....	Anual: SI ☐ NO ☐	¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐	Describa los cambios de salud del alumno:			Fecha:/...../.....	Anual: SI ☐ NO ☐	¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐	Describa los cambios de salud del alumno:			Fecha:/...../.....	Anual: SI ☐ NO ☐	¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐	Describa los cambios de salud del alumno:		
Fecha:/...../.....	Anual: SI ☐ NO ☐	¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐																			
Describa los cambios de salud del alumno:																					
Fecha:/...../.....	Anual: SI ☐ NO ☐	¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐																			
Describa los cambios de salud del alumno:																					
Fecha:/...../.....	Anual: SI ☐ NO ☐	¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐																			
Describa los cambios de salud del alumno:																					
REGISTRO ÚNICO DE ESTABLECIMIENTOS SAL  Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario: <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td> </tr> <tr> <td>DMC: Desayuno / Merienda Completa</td> <td>Copa de Leche Simple</td> <td>Copa de Leche Reforzada Simple</td> <td>Comedor Simple y DMC</td> <td>Comedor Simple y Copa de Leche Simple</td> <td>Comedor Simple y Copa de Leche Doble</td> <td>Comedor Simple, DMC y Copa de Leche Simple</td> <td>Comedor Doble y Copa de Leche Doble</td> <td>Comedor Doble, DMC y Copa de Leche Simple</td> </tr> </table> <i>Prestaciones válidas para nivel Post Primario</i> ☐ Simple ☐ Doble ☐ Completa				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	DMC: Desayuno / Merienda Completa	Copa de Leche Simple	Copa de Leche Reforzada Simple	Comedor Simple y DMC	Comedor Simple y Copa de Leche Simple	Comedor Simple y Copa de Leche Doble	Comedor Simple, DMC y Copa de Leche Simple	Comedor Doble y Copa de Leche Doble	Comedor Doble, DMC y Copa de Leche Simple
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐													
DMC: Desayuno / Merienda Completa	Copa de Leche Simple	Copa de Leche Reforzada Simple	Comedor Simple y DMC	Comedor Simple y Copa de Leche Simple	Comedor Simple y Copa de Leche Doble	Comedor Simple, DMC y Copa de Leche Simple	Comedor Doble y Copa de Leche Doble	Comedor Doble, DMC y Copa de Leche Simple													
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 al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.																					
Fecha de Inscripción:/...../..... Firma del responsable Aclaración Firma del Director																					