

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 2025 TURNO NOCHE

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellido/s y Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino? (marcar opción)

SI, y tiene de DNI físico
 SI, digital

SI, pero No tiene el DNI físico y se encuentra en trámite
 NO posee DNI argentino

Si responde que sí, indique número de DNI argentino:CUIL:

Identidad de género: MUJER VARON

Lugar de nacimiento: En Argentina En el Extranjero

Nacionalidad:

Solo para quienes indicaron Argentina: Provincia: Buenos Aires Otra (especificar)

Solo para quienes marcaron Buenos Aires:

Distrito:Localidad:

DOMICILIO: Calle:N°Piso:Depto:

Entre calle: y calle:

Otro dato:

Provincia:Distrito:

Localidad:

Teléfono:Teléfono celular:

OTROS DATOS

¿Tiene hermanas o hermanos? Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? SI NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s SI NO Otra/s lengua/s SI NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? SI NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de pueblos originarios? SI NO

¿Percibe Asignación Universal por hijo (AUH)? SI NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicicleta Vehículo particular Remis Otro (¿cuál?)

INFORMACION DE SALUD

¿Posee obra social? En caso afirmativo: Obra social:

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Indique por SI o por NO)

-Asma/Broncoespasmos a repetición

-Celiaquía:

-Problemas/Condiciones cardíacas

-Diabetes

-Presión arterial elevada

-Convulsiones

-Alteraciones sanguíneas

-Quemaduras moderadas o severas

-Falta o no funcionamiento de algún órgano

-Enfermedad oncohematológica

- Inmunodeficiencias (bajas defensas)

-Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias

-Otros problemas en los huesos o articulaciones

-Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación

-Problemas de piel

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o No y en caso afirmativo, completar las ultimas columnas)

Internación en sala común SI NO

Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos SI NO

Si la respuesta es sí: ¿Cuántas veces?.....Indique la/s causa/s o diagnóstico/s.....

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? SI NO

En caso afirmativo ¿de qué tipo? (marcar por SI o por NO)

Medicamentos SI NO

Vacunas SI NO

Alimentos SI NO

Picadura de Insectos SI NO

Estacionales (polen, ácaros, polvo, etc.) SI NO

Otras ¿Cuál?..... SI NO

¿Tiene disminución auditiva? SI NO

En caso afirmativo ¿Usa audífono? SI NO

¿Tiene disminución visual? SI NO

En caso afirmativo ¿Usa lentes? SI NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicamento? SI NO

En caso afirmativo ¿Cuál?.....

¿Tuvo alguna operación? SI NO

En caso afirmativo, ¿Por qué motivo?..... ¿En qué año?.....

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud?

(Marcar por sí o por no)

Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años SI NO

Tos crónica SI NO

Diabetes SI NO

Celiaquía SI NO

Problemas cardiacos SI NO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si asiste a otro establecimiento educativo)

Distrito/Localidad:.....

Nombre de la institución:.....N°.....

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en (edad al 31/03 del año lectivo de inscripción) 45 días a 12 meses 1 año 2 años

3 años 4 años 5 años

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con el alumno/a Madre Padre Tutor/a Otro

Apellido/s.....Nombre/s.....Nacionalidad.....

¿Posee DNI argentino?(marcar opción)

SI y tiene DNI físico

SI, pero NO tiene DNI físico

NO posee DNI argentino

SI, digital

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:.....

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI) SI NO ¿Posee

documento extranjero? SI, tipo de doc.:.....N°..... NO

Profesión u ocupación:Horario laboral.....

FORMACION ACADEMICA

¿Qué nivel educativo está cursando? Primario Secundario Superior

(Adjuntar el cronograma semanal de horarios de cursada firmada por la autoridad competente del establecimiento al que asiste).

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja No trabaja Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO

Convive con el alumno/a: SI NO (en caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle:.....N°.....Piso:.....Depto:.....Entre
calle:.....y calle:.....

Otro dato:

Provincia:.....Distrito:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Teléfono celular:.....

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con el alumno/a Madre Padre Tutor/a Otro

Apellido/s.....Nombre/s.....Nacionalidad.....

¿Posee DNI argentino?(marcar opción)

SI y tiene DNI físico SI, pero NO tiene DNI físico NO posee DNI argentino
 SI, digital

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:.....

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI) SI NO ¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.:.....N°..... NO

Profesión u ocupación:.....Horario laboral:.....

FORMACION ACADEMICA

¿Qué nivel educativo está cursando? Primario Secundario Superior

(Adjuntar el cronograma semanal de horarios de cursada firmada por la autoridad competente del establecimiento al que asiste)

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja No trabaja Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO

Convive con el alumno/a: SI NO (en caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle:.....N°.....Piso:.....Depto:.....Entre
calle:.....y calle:.....

Otro dato:.....

Provincia:.....Distrito:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Teléfono celular:.....

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s.....Nombre/s:.....

.....Tipo de doc:.....N°:.....

Describa restricción:.....

La restricción solo opera en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

En caso afirmativo, se solicitará una entrevista individual.

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

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos

suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

.....

Firma persona responsable

Aclaración

DNI

Fecha de inscripción: / /