

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 ____ EDUCACIÓN SECUNDARIA

N°	
(A cor	mpletar por el establecimiento)

DATOS ESTUDIANTE
Apellido/s: Nombre/s:
Fecha de Nacimiento: / /
¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite
SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite NO posee DNI argentino
Si respondió SI, indique número de DNI argentino: CUIL:
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO
¿Posee documento extranjero? SI, tipo de doc.: N°: NO
Identidad de género: Mujer Mujer trans / travesti Varón Varón trans / masculinidad trans
☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder
Lugar de nacimiento:
Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia: Buenos Aires Otra (especificar):
Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: Localidad:
DOMICILIOCalle:N°:Piso:Torre:Depto:
Entre calle: y calle: Otro dato:
Provincia: Distrito: Localidad:
Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)
OTROS DATOS
Hermanas o hermanos: SI Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:
☐ NO tiene hermanas o hermanos
¿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
Percibe: Asignación Universal por Hijo (AUH): SI NO Progresar: SI NO
Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)
A pie/Bicicleta Transporte escolar DGCyE Colectivo Tren Vehículo particular Taxi/Remis Otro
Contestan estudiantes de 14 años y más:
¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años? SI NO ¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales? SI NO
INFORMACIÓN DE SALUD
¿Posee obra social? SI NO En caso afirmativo: Obra social: N° Afiliado:
ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD
¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)
SI NO Asma / Broncoespasmos a repetición Falta o no funcionamiento de algún órgano Celiaquía Enfermedad oncohematológica Impune deficiencies (hairs defenses) per enfermedad a medicamentas
Problemas / Condiciones cardíacas Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos Inmunodeficiencias (bajas defensas defensas (bajas defensas defensas (bajas defensas defensas defensas defensas defensas defensas (bajas defensas defens
Presión arterial elevada Otro problema en los huesos o articulaciones
Convulsiones Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por quardia o internación
Alteraciones sanguíneas Quemaduras moderadas o severas Problemas de piel

En relación con el ejercicio (durante o despu	ués), ha pade	ecido alguna	ı vez:				
	SI NO					SI	NO
Desmayos		,	·	ipañeros o compañe	eras	닏	
Dolor fuerte en el pecho Mareos		Palpitacion		te o después de la a	ctividad fícica		
			·	·			
¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI c	por NO y e		·		nnas) sa/s o diagnóstico/	lc	
Internación en sala común		SI NO S	Cualitas veces:	indique la/s caus	a/S O diagriostico/	5	
Internación en sala de cuidados intermedios/int	ensivos						
¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia	a grave?	SI 🗌 I	NO En caso afir	· mativo, ¿de qué tip	oo? (Marcar por SI	o por NO)	
SI NO Medicamentos		_	Picaduras de Ins		SI NO ¿Requi		ción?
Vacunas	SI C	JNO JNO		ectos en, ácaros, polvo, etc]		SI NO	
Alimentos		JNO	Otras	eri, acaros, porvo, etc _,		SI NO	
¿Tiene disminución auditiva? SI No	O En caso	afirmativo: ¿	Usa audífonos?	SI NO			
¿Tiene disminución visual?	O En caso	afirmativo: ¿	Usa lentes?	SI NO			
Recibe de manera habitual algún tipo de n	nedicación?	SI	NO En caso afirr	mativo, ¿cuál?			
¿Tuvo alguna operación?							
En caso afirmativo, ¿por qué motivo?					¿en qué	año?	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALU	D						
¿Algún familiar directo padece o ha padecic	do alguna o :	algunas de la	as siguientes con	diciones de salud	? (Marcar por SI o	por NO)	
			SI NO		. (SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 5	30 años			crónica			
Diabetes			Celi	aquía			
Problemas cardíacos							
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL	L QUE SE II	NSCRIBE					
Distrito:				Sector de g	estión: 🗌 Estat	al Pri	vado
Nombre escuela:				N°:			
A completar por el establecimiento: Cla	ve provincia	l:		CUE:			
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PI	ROCEDENO	CIA					
(Completar solo si el año pasado o este año	asistió a ot	ro establecir	miento)				
País: Argentina Otro país (especif	icar):						
Solo para quienes marcaron opción Argenti	ina:						
Provincia: Buenos Aires Otra (espe	cificar):			Distrito):		
Nivel/Modalidad:			Sector de	gestión: Esta	atal Privado		
Dependencia: Oficial Municipal	Naciona	al Priva	da Otros or	ganismos			
Nombre escuela:				N°:			
INSCRIPCIÓN							
Se inscribe en: Ciclo Básico Ciclo	Superior	☐ Aula de	Fortalecimiento	Escuela Prof	fesional Secundar	ia	
Orientación:			Año: 1	2 3	4 5	<u> </u>	7
Turno solicitado: Mañana T	arde 🔲] Vespertino	□ Noche				
Jornada: Simple Extendida	a 🔲 C	ompleta / Do	oble escolaridad				

CONDICIÓN EN	I LA INSCRIPO	CIÓN ACTUA	AL (Marcar s	olo una opcio	ón)			
☐ Ingresante a	ıl Nivel	Promov	vida / Promov	vido	Reinscripta ,	/ Reinscripto	☐ Rep	itente
INCLUSIÓN								
¿Cursa con proye	ecto de inclusio	ón? SI	NO					
Si la respuesta e	s afirmativa, m	narque con ui	na cruz lo que	e correspond	a:			
Concurre a u	una Escuela Es	pecial a cont	raturno y cue	enta con acoi	mpañamiento de	e maestra o ma	estro de inclusi	ión
☐ No concurre	a una Escuela	Especial per	o cuenta con	acompañan	niento de maestr	ra o maestro de	e inclusión	
¿Cursa con acom	npañante asisto	ente externo	? SI =	NO				
EDUCACIÓN C	OMPLEMEN	TARIA						
¿Asiste a alguna	de las siguient	tes institucio	nes?					
Centro Educativo	o Complement	ario (CEC):		NO				
Centro de Educa	ción Física (CE	F): SI	NO					
Escuela de Educa	ación Estética:	SI	NO					
SERVICIO ALIN	MENTARIO E	SCOLAR						
En caso de que la	a institución cı	uente con el s	servicio:					
¿Solicita la incorp	poración en el	Servicio Alim	entario Esco	lar?				
Comedor		☐ Desay	yuno y Merie	nda				
DATOS DE LA	PERSONA RI	ESPONSAB	LE 1					
Vínculo con estu	ıdiante: [Madre	☐ Padre	Tut	or 🔲 Tutor	ra 🗌 Otro		
Apellido/s:			Nomb	re/s:		N	lacionalidad:	
¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino							entino	
Si respondió SI, indique número de DNI argentino:								
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? SI NO								
			¿Posee docu	ımento extra	njero? 🔲 SI, t	ipo de doc.:	N°:	□NO
Profesión u ocupa	ación:				Asistió a algı}غ	ún establecimie	ento educativo?	? SI NO
En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? Primario Secundario Superior Superior Universitario Posgrado								
¿Completó ese nivel? SI NO								
CONDICIÓN DE	ACTIVIDAD							
(Marcar todas la	s opciones que	e correspond	an)					
Estudia	Trabaja	Busc	a trabajo	Realiza	tareas de cuida	do no pagas	Recibe ju	ubilación o pensión
DOMICILIO	Convive con la	a o el estudia	nte: SI	□ NO (E	n caso afirmativo	o no completar	los datos refer	ridos al domicilio)
Calle:				N°:	Pis	50:	Torre:	Depto:
Entre calle:			y calle:			Otro dato:		
Provincia:			Distrito:			Localidad:		
Teléfono: (cód. á	irea:)		Teléf	ono celular: (cóc	d. área:)	
Correo electrónio	CO:							

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2								
Vínculo con estudiante:	Madre	☐ Padre	Tutor	Tutora	Otro			
Apellido/s:		Nombre/s:			Nacionalida	d:		
¿Posee DNI argentino? SI, y tiene el DNI físico SI, pero NO tiene el DNI físico NO posee DNI argentino								
Si respondió SI, indique	número de DNI arge	ntino:						
Si respondió que NO tie	ne DNI argentino: خ	Posee Certifica	do de Pre-Ider	ntificación (CPI)?	SI NO			
	غ	Posee documer	nto extranjero	SI, tipo de	e doc.: N°:	□NO		
Profesión u ocupación:			ىخ	Asistió a algún e	establecimiento educ	cativo? SI NO		
En caso afirmativo: ¿Cuá	l es el nivel más alto c	ue cursó? 🔲 Pr	rimario 🔲 Sec	undario 🗌 Sup	erior Superior Ui	niversitario Posgrado		
¿Completó ese nivel?	SI NO							
CONDICIÓN DE ACTIV	/IDAD							
(Marcar todas las opcio	nes que corresponda	n)						
☐ Estudia ☐ Tra	abaja 🔲 Busca	trabajo	Realiza tare	as de cuidado no	o pagas 🔲 Red	tibe jubilación o pensión		
DOMICILIO Conviv	/e con la o el estudiar	nte: SI [NO (En cas	o afirmativo no	completar los datos	referidos al domicilio)		
Calle:			N°:	Piso:	Torre:	Depto:		
Entre calle:		y calle:		C	otro dato:			
Provincia:		Distrito:		L	ocalidad:			
Teléfono: (cód. área:)		Teléfono d	celular: (cód. áre	a:)			
Correo electrónico:								
RESTRICCIONES POF	R DECISIONES JUD	ICIALES						
Apellido/s:		No	mbre/s:					
Tipo de doc:	N°: Describa restricción:							
La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.								
,								
A COMPLETAR POR E	EL ESTABLECIMIEN							
! N° de Legajo:	° de Legajo: N° de Matriz:			: N° de Folio:				
-								
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 responsa	able:	_	Aclara	ción:				
Fecha de inscripción:	/ /			Directora o Dire	ctor:			
	, ,							

