

## CONTRATO DE ENSEÑANZA INSTITUTO “CENTRO SAN JOSÉ” - CICLO LECTIVO 2026

- Los padres o tutores del/la alumno/a: ..... de ... año, abajo firmantes, toman conocimiento y prestan conformidad respecto a las condiciones de inscripción que surgen del presente contrato educativo que se formaliza mediante el presente acto, y que tiene la duración que comprende todo el próximo ciclo lectivo, **desde el 1º de marzo de 2026 hasta el 28 de febrero de 2027.**
- El Centro San José se reservará el derecho de admisión y permanencia para el siguiente ciclo lectivo. **La firma y recepción de este contrato de admisión se realizará bajo la condición de que los padres y/o tutores de los alumnos/as hayan cancelado todas las cuotas del año 2025, pudiendo perder la vacante en caso de incumplimiento económico.**
- Por el presente contrato, las familias aceptan y se comprometen a:
  1. Identificarse y/o respetar el ideario religioso y los objetivos del instituto.
  2. Cumplir y hacer cumplir los reglamentos y lineamientos curriculares del instituto.
  3. Promover en sus hijos, alumnos/as del Instituto, la pertenencia como miembros de nuestra Comunidad Educativa, el uso del **uniforme**, compuesto por **Guardapolvo azul liso y sin inscripciones para las clases de TALLER y la chomba azul con logo del instituto** para las clases de teoría en salón y Educación Física (período primavera- verano).
  4. Los alumnos/as deberán concurrir con pantalón largo (preferentemente jean o de trabajo) sin roturas. No se permite bermudas ni shorts o similares. Deben usar zapatos o zapatillas. El cabello en el taller deberá estar atado.

Recuerden que su hijo/a se está formando como técnico y existen normas de seguridad obligatorias dentro de su formación que incluyen la presentación y la vestimenta.

Para los alumnos/as de 7º año será obligatorio el uso de pantalón de trabajo y zapatos de seguridad. Y en las materias de taller el uso del guardapolvo.
  5. Para las clases de EDUCACION FÍSICA, deberán traer ropa adecuada: pantalón de jogging azul y/o pantalón corto y remera del instituto o lisa. Deberán presentar la planilla de APTITUD FÍSICA antes del 1º de abril del ciclo lectivo. Si no se lo presenta, el alumno/a tendrá ausente hasta cumplimentar el requisito.

**La institución no se hace responsable por la pérdida o rotura de teléfonos celulares, notebooks o tablets, como tampoco por la pérdida o rotura de artículos personales de los alumnos.**  
**Tampoco se permite el ingreso al establecimiento con estupefacientes, alcohol o cigarrillos.**

### 6. AL INICIO DE LA JORNADA EDUCATIVA:

Los alumnos guardarán actitud de respeto y orden durante las formaciones de ingreso y egreso en cada turno. Respecto a los horarios de entrada y salida, las puertas del instituto estarán abiertas:

**En el turno mañana, a partir de las 7: 25 hs...**

- A las 7,40 hs. se cerrará el portón de entrada. El ingreso será inmediato, a medida que llegan.  
La salida es a las 12,00 hs.

**En el turno tarde, a partir de las 12: 55 hs.**

- A las 13,00 hs. se cerrará el portón de entrada. El ingreso será inmediato.

La salida es a las 17,20 hs. Salvo aquellos grupos que, por distribución horaria de materias, tienen clase y se retiran a las 18:20 hs.

Las llegadas tarde y retiros anticipados, tendrán la inasistencia correspondiente, según la normativa vigente.

Al mediodía, el portón se abre de 12 a 12:15 hs. Los alumnos que salgan y no regresen, ingresarán a las 13 hs.

### 7. DURANTE LA JORNADA EDUCATIVA:

- Traer diariamente el Cuaderno de Comunicados, firmado por sus padres y/o tutores. Debido a que se toma lista con el cuaderno de comunicados, la no presentación del mismo corresponderá “Ausente” con obligación de permanecer en clase.

- Asistir con los elementos didácticos requeridos por los docentes para las diversas clases y actividades. Para las clases de taller: (1) **Indumentaria** obligatoria (guardapolvo azul, liso sin inscripciones), (2) **Herramientas**, (3) **Materiales e insumos** y (4) **Elementos de Seguridad** solicitados (guantes, antiparras, etc). Además, deberán traer elementos de higiene personal.
- Los alumnos no pueden salir del aula ni de los talleres durante las clases y actividades. Ante una situación especial (con prescripción médica), deberán ser acompañados por un preceptor.

**8. AL FINALIZAR LA JORNADA EDUCATIVA, los alumnos levantarán las sillas y verificarán que los papeles y basura estén en los cestos. Colaborarán así con la higiene de la escuela y con el cuerpo de auxiliares.**

- Bajo este acto, **padres y alumnos** también se comprometen:

1. A cumplir con las normas de convivencia escolar.
2. A que concurran los padres al instituto a principio de año para el registro de firmas, y cada vez que fueran citados.
3. Para solicitar entrevistas con directivos o profesores, deberán pedirlos mediante el cuaderno de comunicados, indicando el motivo de las mismas.
4. A notificar el abandono del alumno.
5. A notificar cambio de domicilio y cambio de número telefónico (de producirse los mismos).
6. Los alumnos: a cumplir con el cuidado y limpieza del edificio, mobiliario, material didáctico, maquinarias, herramientas, etc. En caso de daños parciales o totales, deberá reponerse, repararse o abonar el material dañado.
7. A no asistir, ni permanecer en la institución con símbolos o imágenes que vayan en contra del ideario de la Iglesia Católica.

- **Otras consideraciones que están dentro del alcance de este contrato:**

1. El pago de un arancel anual fijado para el ciclo lectivo 2025 podrá ser abonado en diez cuotas con los importes y vencimientos informados por Administración, así como el abono de una cuota mantenimiento que será prorrateado en diez partes. En caso de morosidad, se cobrará el interés correspondiente fijado por la provincia de Bs. As.
2. Por el presente acto usted autoriza a su hijo a retirarse al finalizar el horario normal de clases, esto es, a las 12,00 hs... (turno mañana) y a las 17:20 (turno tarde), salvo en aquellos casos en que la carga horaria curricular implique la salida en otros horarios.
3. La reinscripción del/la alumno/a se realiza en el mes de **octubre** de cada ciclo lectivo. **Pudiendo no renovarse la Matrícula de no cumplirse con los términos del presente acuerdo.**
4. Para evaluar el otorgamiento de la Reserva de Vacante, se tendrán en cuenta los siguientes requisitos: a) RENDIMIENTO ESCOLAR; b) CONDUCTA OBSERVADA; c) IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL DEL GRUPO FAMILIAR; d) CUMPLIMIENTO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS: PAGO EN TÉRMINO DE LAS CUOTAS, ESTADO DE DEUDA POR ARANCELES, PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN, ABONO DE RESERVA DE VACANTE.
5. El establecimiento se reserva el derecho de admisión de alumnos, aún en los casos en que los mismos se encuentren inscriptos y/o matriculados en años anteriores.
6. La vacante por repitencia estará condicionada a disponibilidad de las mismas y al informe de desempeño escolar; (Menor cantidad de materias desaprobadas, Asistencia, Buena Conducta, Responsabilidad, Trabajo en clase durante el año, y el Visto Bueno de los docentes y la Dirección). La prioridad sobre las vacantes la tiene el alumno que promociona (pasa de año) el ciclo lectivo.

**Me notifico, presto conformidad y me obligo a cumplir y hacer cumplir a mi hijo/a el presente Contrato y sus anexos.**

Firma padre/tutor:..... Aclaración:..... Documento N°:.....

Firma madre/tutora:..... Aclaración:..... Documento N°:.....

Firma alumno/a:..... Aclaración:..... Documento N°:.....



Instituto  
**CENTRO SAN JOSÉ**  
DI. E. GE. P. 4469  
Achega, 5851 - González Catán  
Telef. 02202-453465  
Telecentro 11-2127-2003

# AUTORIZACION PARA REALIZAR EDUCACION FISICA

PARA SER COMPLETADA SOLO POR LOS PADRES  
(en letra de imprenta, con tinta)

Nº de Orden

2026

**Nivel, Año, y Modalidad elegida:** (marcar con una X)

☐ **E.S.T** (Educación Secundaria -Técnica-) 1º año ☐ 2º año ☐ 3º año ☐ 4º año ☐ 5º año ☐ 6º año ☐

D. N. I. Nº

APELLIDO/S Y NOMBRE/S

**1 VACUNAS OBLIGATORIAS:** (Completar con SI ó NO)

Antitetánica ☐ Triple ☐ B. C. G. ☐

Sabín ☐ Otras: ☐ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

(Al momento de la Inscripción, presentar original y fotocopia de vacunación)

**2 HA PADECIDO:** (Completar con SI ó NO)

Varicela: ☐ Hepatitis ☐ Paperas ☐ Sarampión ☐

Mononucleosis ☐ Problemas de presión ☐ Problemas renales ☐

Quebraduras ☐ ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Esguinces o desgarros ☐ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**3 SE ENCUENTRA PADECIENDO:** (Completar con SI ó NO)

Procesos inflamatorios: ☐ Hernias: ☐ Alergias: ☐ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ Asma: ☐

Procesos infecciosos: ☐ Diabetes: ☐ Convulsiones: ☐ Epilepsia: ☐ Desmayos: ☐

Broncoespasmo: ☐ Enfermedades Cardíacas: ☐ Infecciones pulmonares: ☐

**4 ACLARAR ALGUN PROBLEMA DE SALUD QUE NO ESTE ESPECIFICADO** (Completar con SI ó NO)

¿Posee pie plano? ☐ Otro problema: ☐ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Posee problema de vista o audición? ☐ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna intervención quirúrgica (Operación)? ☐ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

(En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems, deberá presentar Certificado Médico indicando si en virtud de la misma, el/la alumno/a se encuentra capacitado/a o no para efectuar Educación Física. Cuando sobrevenga algún problema de salud los responsables del alumno se comprometen a informar a la escuela personalmente)

## AUTORIZACION DE EDUCACIÓN FÍSICA

Sres. Padres: Por la Resolución 12956 de la Dirección Gral. De Cultura y Educación, se considera que todos los alumnos deben participar de las clases de Educación Física, y, que se debe certificar la Contraindicación de la realización de Actividad Física. Esto significa que, son los padres los responsables de comunicar al establecimiento, bajo CERTIFICADO MÉDICO, la imposibilidad total o parcial para realizar actividades físicas.

Por la presente, **DEJO CONSTANCIA** que mi hijo/a: \_\_\_\_\_ D.N.I. Nº \_\_\_\_\_, puede realizar y participar de las clases de Educación Física a realizarse en el Instituto "Centro San José".  
**Declaro** además no conocer a la fecha, ningún impedimento orgánico funcional, físico o psíquico, congénito o patológico para que el/la mismo/a no realice las prácticas físicas propias de la actividad.  
En el caso de llegar a mi conocimiento cualquier factor o situación que limiten parcial o totalmente su capacidad para la actividad, lo comunicaré a Uds. de inmediato por escrito, adjuntando los certificados médicos correspondientes.

En caso de emergencia o accidente de mi hijo/a solicitamos nos den aviso a los teléfonos:

Domicilio: \_\_\_\_\_ Otro alternativo: \_\_\_\_\_

o en el domicilio: calle y nº: \_\_\_\_\_ entre calles: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ (Cód. Postal) \_\_\_\_\_

**Para tener en cuenta:** Sres. Padres: solicitamos que los días de Educ. Física, su hijo/a, se presente con ropa adecuada para participar sin inconvenientes.

Firma del Padre/Madre/Tutor/Responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº \_\_\_\_\_



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 2026

(Completar en letra de imprenta, con tinta)

Establecimiento Educativo: Instituto «CENTRO SAN JOSÉ» - Tipo: Privado - DIEGEP 4469

Achega 5851 - Km. 29 - González Catán - La Matanza (069) - Prov. Bs. As. - Telef. 02202-453465 Telecentro 11-2127-2003

FECHA DE INSCRIPCIÓN

Nº de Orden

2026

## 1 El/la alumno/a se inscribe en: (marcar con una X donde corresponda)

NIVEL: ☐ ES (Educ. Secundaria Técnica) 1º año ☐ 2º año ☐ 3º año ☐ 4º año ☐ 5º año ☐ 6º año ☐ 7º año ☐

## 2 Alumno/a:

DNI N°

Estado del Doc.:

Bueno ☐

Malo ☐

En Trámite ☐

No posee ☐

Apellido/s:

Nombre/s:

SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO

LOCALIDAD

PROVINCIA

PAÍS

Domicilio actual

Calle:

Entre calles:

Código Postal:

Localidad:

Nº

Piso

Depto.

Teléfono

## 3 Nombre de la Escuela donde cursa actualmente:

Escuela N° (Si es privada) DIPREGEP. N°

Actualmente cursa: 6º año ☐ .....º año ☐

Condición del alumno en la inscripción actual: Repitiente ☐ Reinscripto ☐ Ingresante ☐ Promovido ☐

## 4 Otros datos

Cantidad de hermanos

¿Cuántos en este establecimiento?

Cantidad de habitantes en el hogar

Distancia desde el domicilio a la escuela (en Km)

Cantidad de habitaciones en el hogar (excepto baño y cocina)

Cantidad de libros en el hogar (sin contar revistas, diarios y textos escolares)

Obra Social

Número de Afiliado

## 5 Familiares / Tutores

¿Vive?

Tipo de Documento (DNI - LE - LC - DOC. EXTRANJERO - Etc.)

Número de Doc.

Estado del Documento:

Bueno ☐

Malo ☐

En Trámite ☐

No posee ☐

Apellido/s:

Nombre/s:

Nacionalidad:

Profesión / Ocupación:

Condición de Actividad

Trabajo Permanente ☐

Trabajo Temporal ☐

Changas / Jornalero ☐

No trabaja y busca ☐

Ama casa ☐

Estudiante ☐

Jubilado/a Pensionado/a ☐

Rentista ☐

Discapacitado ☐

Otros ☐

Es el Jefe de hogar?

NIVEL DE INSTRUCCIÓN (Marque el último nivel alcanzado)

Completo ☐

Incompleto ☐ Hasta el grado/año:.....

Ninguno ☐

Primario ☐

Secundario ☐

Terciario ☐

Universitario ☐

Posgrado ☐

Domicilio - Calle:

Nº

Localidad:

Código Postal:

Celular:

Padre:

¿Vive?

Tipo de Documento (DNI - LE - LC - DOC. EXTRANJERO - Etc.)

Número de Doc.

Estado del Documento:

Bueno ☐

Malo ☐

En Trámite ☐

No posee ☐

Apellido/s:

Nombre/s:

Nacionalidad:

Profesión / Ocupación:

Condición de Actividad

Trabajo Permanente ☐

Trabajo Temporal ☐

Changas / Jornalero ☐

No trabaja y busca ☐

Ama casa ☐

Estudiante ☐

Jubilado/a Pensionado/a ☐

Rentista ☐

Discapacitado ☐

Otros ☐

Es el Jefe de hogar?

NIVEL DE INSTRUCCIÓN (Marque el último nivel alcanzado)

Completo ☐

Incompleto ☐ Hasta el grado/año:.....

Ninguno ☐

Primario ☐

Secundario ☐

Terciario ☐

Universitario ☐

Posgrado ☐

Domicilio - Calle:

Nº

Localidad:

Código Postal:

Celular:

<b>Tutor / Responsable:</b>		Tipo de Documento (DNI - LE - LC - DOC. EXTRANJERO - Etc.) <input style="width: 100px;" type="text"/>																						
Número de Doc. <input style="width: 150px;" type="text"/>	Estado del Documento: Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> En Trámite <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/>																							
Apellido/s: _____	Nombre/s: _____																							
Nacionalidad: _____	Profesión / Ocupación: _____																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;"><b>Condición de Actividad</b></td> <td style="width: 15%;">Trabajo <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Trabajo <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Changas / <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">No trabaja <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Ama <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Estudiante <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Jubilado/a <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Rentista <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Discapacitado <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Otros <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Permanente</td> <td>Temporal</td> <td>Jornalero</td> <td>y busca</td> <td>casa</td> <td></td> <td>Pensionado/a</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<b>Condición de Actividad</b>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Changas / <input type="checkbox"/>	No trabaja <input type="checkbox"/>	Ama <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/a <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Permanente	Temporal	Jornalero	y busca	casa		Pensionado/a			
<b>Condición de Actividad</b>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Changas / <input type="checkbox"/>		No trabaja <input type="checkbox"/>	Ama <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/a <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>													
	Permanente	Temporal	Jornalero	y busca	casa		Pensionado/a																	
Es el Jefe de hogar? <input type="checkbox"/>	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b> (Marque el último nivel alcanzado)		<input type="radio"/> Completo <input type="radio"/> Incompleto																					
Ninguno <input type="radio"/> Primario <input type="radio"/> Secundario <input type="radio"/> Terciario <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		Hasta el grado/año:.....																						
Domicilio - Calle: _____		Nº _____																						
Localidad: _____		Código Postal: _____ Celular: _____																						

## 6 OTROS DATOS DE INTERÉS

\* ¿Perciben la ASIGNACIÓN UNIVERSAL por hijo? **SI / NO**

En caso afirmativo, escribir el nombre de la entidad que lo solicita (Por ejemplo: ANSES, o el nombre de la empresa/ /fábrica/institución, donde presentarán la constancia de Alumno Regular).

\* Empresa o línea de colectivos donde tramitarán el boleto estudiantil. \_\_\_\_\_

¿Tiene o tuvo hermanos en el instituto? SI - NO ¿Quién? \_\_\_\_\_

## 7 Otras personas autorizadas a retirar al/la alumno/a del Establecimiento

1.: Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Tipo Doc.  Número Doc.  Vínculo/Parentesco con el alumno:

2.: Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Tipo Doc.  Número Doc.  Vínculo/Parentesco con el alumno:

3.: Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Tipo Doc.  Número Doc.  Vínculo/Parentesco con el alumno:

## 8 Teléfonos alternativos: (para el caso de no poder comunicarnos con el teléfono domiciliario).

1.: \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco con el alumno:

2.: \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco con el alumno:

## 9 EMERGENCIA MÉDICA

\* Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

\* Sanatorio u Hospital donde puede ser atendido: \_\_\_\_\_

\* Precaución con la administración de algún medicamento: \_\_\_\_\_

\* Alérgico a: \_\_\_\_\_

\* Otros datos de interés médico: \_\_\_\_\_

**10** La totalidad de los datos e información suministrada por la madre, padre o tutor, que 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.

Fecha de Inscripción: 

DÍA	MES	AÑO

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

**Subsecretaría de Educación**  
**Dirección Provincial de Educación Secundaria**

## **AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES DEL MENOR**

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución Nacional y regulado por la Ley 1/1982, del 5 de mayo de 1982, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y sus modificaciones.

Se solicita el consentimiento de los padres o tutores legales de todo menor que aparezca en imagen audiovisual o fotográfica, presentado para poder difundir y publicar las imágenes en diversos medios.

**Quien suscribe..... con DNI.....**  
**como padre/madre o tutor, autorizo al Instituto Centro San José, a difundir y exhibir las**  
**imágenes en las que aparece mi hijo/a .....**  
**DNI..... con fines pedagógicos, de presentación o representación institucional,**  
**para archivo de las actividades escolares, realización de proyectos y rendición de los mismos.**

**En la ciudad de..... a los..... del mes de..... de 20.....**

**FIRMA: .....**

**(Padre, Madre o Tutor legal)**



Instituto  
**CENTRO SAN JOSÉ**  
DIEGEP 4469  
Achega, 5851 - González Catán  
T.E. (02202) 453465  
Telecentro: 11-2127-2003

Nº de Orden

**2026**

# APTITUD FISICA

(Completar en letra de imprenta, con tinta)

## 1 Nivel, Año, y Modalidad elegida: (marcar con una X)

**ES** (Educación Secundaria -Técnica-) 1º año ☐ 2º año ☐ 3º año ☐ 4º año ☐ 5º año ☐ 6º año ☐ 7º año ☐

D. N. I. N°

APELLIDO/S Y NOMBRE/S

## 2 PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES

Completar con SI ó NO

Alergias:

¿Cuáles?

Convulsiones:

Desmayos:

Epilepsia:

Infecciones pulmonares:

Asma:

Enfermedades Cardíacas:

Diabetes:

Procesos inflamatorios o infecciosos:

Grupo sanguíneo:

**F**

**R**

**H**

Precaución con la administración de algún medicamento:

Firma Padre/Madre/Tutor/Responsable

## 3 PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Talla (en cm)  Peso:  Kg. Presión Arterial:

Agudeza visual:  Visión de los colores:  Aparato respiratorio:

Aparato cardiovascular:

Abdomen:

Aparato osteoarticular:

Examen odontológico:

Fecha:

Derivado al servicio de:

El/la joven: \_\_\_\_\_ se encuentra en buen estado de salud actualmente, no presentando signos ni síntomas de enfermedad infectocontagiosa en actividad. **Apto para el desarrollo de actividades físicas recreativas no competitivas .**

Fecha:

Firma y sello del médico

Alteración clínica detectada en el examen médico: \_\_\_\_\_

Derivado al servicio de: \_\_\_\_\_

Informe del especialista: \_\_\_\_\_

Fecha:

Firma y sello del médico