

• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: Distrito:
Número: Estatal ☐ Privado ☐

INSCRIPCIÓN

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

NIVEL: ESB AÑO: 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

TURNO SOLICITADO: Mañana ☐ Tarde ☐ Alternancia ☐ Doble Escolaridad ☐ Jornada Completa ☐ Jornada Extendida ☐ Vespertino ☐

• DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Trámite ☐ No posee ☐
Apellido/s: Nombres:
Sexo: Fecha de Nac:/...../..... Lugar de Nac: Nacionalidad:
Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
Localidad: Código Postal: Teléfono:
N° Legajo: N° Libro Matriz: N° Folio:

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

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal ☐ Privado ☐
Nombre del Establecimiento: Nro.:
Condición del alumno en la inscripción actual: Repitiente ☐ Reinscripto ☐ Ingresante ☐ Promovido ☐ En Compensación ☐

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): ¿Recibe apoyo escolar? NO ☐ SI ☐
¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO ☐ SI ☐

FAMILIARES/TUTORES

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 ☐ Temporario ☐ 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? ☐ SI ☐ NO ☐ → 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 ☐ Temporario ☐ 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? ☐ SI ☐ NO ☐ → 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 ☐ Temporario ☐ 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:
[Frente]

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social:		N° Afiliado:	
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:			
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:			
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:		Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:	
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué?:			
¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:			
La alergia se debe a:		No sabe <input type="checkbox"/> ¿Recibe tratamiento permanente? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTOS:			
¿Recibe tratamiento médico?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Especifique:	
Quirúrgicos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad:		Tipo de Cirugía:	
¿Presenta alguna limitación física?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Aclaración:	
Otros problemas de salud:			
VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <input type="checkbox"/>		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 :			
Recurrir a:		Institución: Domicilio: Teléfono:	
Médico:		Apellido/s: Nombres: Domicilio: Teléfono:	
Familiar:		Apellido/s: Nombres: Domicilio: Teléfono:	
ACTUALIZACIONES:			
Fecha:/...../.....		Anual: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Hay cambios? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describa los cambios de salud del alumno:			
Fecha:/...../.....		Anual: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Hay cambios? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describa los cambios de salud del alumno:			
Fecha:/...../.....		Anual: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Hay cambios? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describa 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 al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción: / /

Firma del responsable

Aclaración