El presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los datos recabados son confidenciales, aplicándose la normativa nacional vigente

# 1- DATOS PERSONALES

Completar los datos con letra clara de imprenta Apellidos\*

Nombres\*

\*como figura en el documento Tipo de Documento

# 3- DATOS COMPLEMENTARIOS

## \* DISCAPACIDAD (completar solo si corresponde)

Tipo de discapacidad

Ceguera Hipoacusia

Sordera Neuromotora

D.N.I.

Cedula Mercosur

Otro documento extranjero \_ \_No posee

Motora pura Intelectual

Trastorno del Espectro Autista \_\_\_ Disminución Visual

Pasaporte extranjero

Cedula de identidad extranjera

En trámite

Otros. /

¿Tiene docente integrador o de apoyo que lo acompañe?

Numero de documento y/ o pasaporte:

Numero de C.U.I.L.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fechad de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad: /

Pais de Nacimiento: / Provincia de Nacimiento: / Localidad de Nacimiento: /

Si, del sector estatal

Si, del sector Privado

No.

## \* INTERCULTURALIDAD

¿Se considera indígena o perteneciente a una comunidad indígena o habla una lengua indígena?

Cual: /

Sexo Masculino: \_

# 2- DOMICILIO

País: /

Provincia: / Localidad: / Calle: /

Femenino: \_ \_

## REGIMEN ESPECIAL

Si se encuentra privado de la libertad o en régimen semi-abierto, escriba cual es el nombre del centro de donde proviene

/

## DATOS DEL PADRE, TUTOR O ENCARGADO

¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzo por la madre, padre o tutor?

Numero:

Piso:

Dpto.

Barrio: /

Referencia: / Código Postal: /

Cod.Area Teléfono: /

Nro. Teléfono: /

E-Mail @ / (Completar los campos con letra clara)

Sin instrucción No Sabe

Primaria/EGB Completa Superior Completo

Primaria/EGB Incompleta Superior Incompleto

Secundaria/Polimodal Completa

Secundaria/Polimodal Incompleta

## DATOS DEL MADRE, TUTOR O ENCARGADO

**4- PLANES Y SERVICIOS** ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzo por la madre, padre

¿Utiliza transporte escolar? o tutor?

Si, Financiado por Educación (BEGU) No \_\_\_

Si, Financiado por otro organismo Sin instrucción No Sabe \_\_

¿Es beneficiario de servicio alimentario Escolar Primaria/EGB Completa Superior Completo \_

Si No Primaria/EGB Incompleta Superior Incompleto\_\_\_

¿Cuál? Secundaria/Polimodal Completa

Desayuno/ merienda completa Desayuno Secundaria/Polimodal Incompleta

Comedor Simple Almuerzo \_\_\_

Cena Merienda \_\_\_

¿El menor y/o sus padres/ tutores son beneficiarios de algún Plan Social?

Si No \_\_\_

# ¿Cuál? 5- DATOS DE CRECIMIENTO (Res. 1154-E-18)

\_\_\_ Asignación por Embarazo Madre de 7 Hijos \_\_\_ Peso: Kg \_\_\_ Discapacidad/Pensión Graciable Ellas Hacen \_\_\_ Talla: cm

\_\_\_ Asignación Universal por hijos Becas Progresar \_\_\_

\_\_\_ Pensión por discapacidad

## Fecha de medición Fecha de carga

**01/10/20 al 31/10/2020**

**01/11/20 al 22/11/2020**