

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - Año Lectivo 20
EDUCACIÓN PRIMARIA BÁSICA - EPB

Nº:

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: _____ Número: _____ Distrito: _____ Estatal Privado

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

NIVEL: EPB **AÑO:** 1 2 3 4 5 6

TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Alternancia Doble Escolaridad Jornada Completa 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 concurre 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 sí

¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO sí

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 <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporario <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado: _____

NO

¿Vive? Sí → 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 <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporario <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado: _____

NO

¿Vive? Sí → 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/RESPONSABLE**: _____ Nombres: _____

Vínculo / Parentesco con el alumno: _____ Nacionalidad: _____ Profesión u ocupación: _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporario <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

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: _____



INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social: _____ N° Afiliado: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:

Sí NO ¿Cuál?: _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:

Sí NO ¿Por qué?: _____

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

Sí NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____

La alergia se debe a: _____ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?: Sí NO

TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico?: Sí NO Especifique: _____

Quirúrgicos: Sí NO Edad: _____ Tipo de Cirugía: _____

¿Presenta alguna limitación física?: Sí NO Aclaración: _____

Otros problemas de salud: _____

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

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 NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describa los cambios de salud del alumno: _____

Fecha: _____ / _____ / _____ Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describa los cambios de salud del alumno: _____

Fecha: _____ / _____ / _____ Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

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
immediata y de manera fehaciente.*

Fecha de Inscripción: _____ / _____ / _____

Firma del responsable

Aclaración