



Dirección General de
Cultura y Educación
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires

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

N°:

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: Estatul ☐
Número: Distrito: 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 concurrió a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatul ☐

Nombre del Establecimiento: Nro: Privado ☐

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 Temporal <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:

¿Vive? ☐ NO ☐ 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 Temporal <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:

¿Vive? ☐ NO ☐ 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/RESPONS.** Nombres:

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

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <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 ☐

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha:/...../..... Anual: SÍ ☐ NO ☐ ¿Hay cambios? SÍ ☐ NO ☐

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha:/...../..... Anual: SÍ ☐ NO ☐ ¿Hay cambios? SÍ ☐ NO ☐

Describe 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