

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - Año Lectivo 2025  
FORMACIÓN PROFESIONAL

♦ DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: “Compañero Omar Anibal Nuñez” Estatal ☒  
Número: 410 Distrito: La Plata Privado ☐

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

NIVEL: E.G.B.A. ☐ Medio/Polimodal ☐ Formación Profesional ☐  
AÑO/CICLO: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐  
TURNO SOLICITADO: Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche ☐ Intermedio ☐  
ÁREA/MODALIDAD/ORIENTACIÓN/ESPECIALIDAD: .....  
Si se inscribe en modalidad distancia, indicar: cantidad de módulos aprobados (excepto si recién se inscribe en el sistema): .....

♦ DATOS DEL ALUMNO/A: CUIL : ..... En Medio/Polimodal: Repitierte: sí ☐ NO ☐  
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 fijo: .....

Celular: ..... Whatsapp? ..... Facebook: ..... Correo: .....  
Nivel de Instrucción: (Para el Nivel Formación Profesional - Marque el último nivel alcanzado) Completo ☐  
Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐ Incompleto ☐ Hasta el año/grado: .....  
Año calendario en que cursó los últimos estudios: .....

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 ☐  
Nombre del Establecimiento: ..... Nro: ..... Privado ☐  
Condición del alumno en la inscripción actual: Repitierte ☐ Reinscripto ☐ Ingresante ☐ Promovido ☐ Permanece ☐  
Proveniente del ciclo lectivo anterior ☐

Fecha en que se incorporó por primera vez al sistema: mes: ..... Año calendario: .....  
¿Abandonó en algún momento? SÍ ☐ NO ☐ Fecha de Abandono: - - - / - - - / - - - Fecha de Reincorporación: - - - / - - - / - - -  
Otros datos: ¿Trabaja? SÍ ☐ NO ☐ ¿Tiene el primario completo? SÍ ☐ NO ☐

¿Es beneficiario de algún programa social? ¿Cual? .....  
☐ Jefas y Jefes de Hogar ☐ Administración pública Municipal ☐ Minoridad  
☐ PEC ☐ Zona Rural Desocupados ☐ Judicializados  
☐ Barrios Bonaerenses ☐ Zona Rural Ocupados ☐ Otros  
☐ Ex Jefas y Jefes de Hogar ☐ Sindicatos **Solo Secundaria:**  
☐ Familiar ☐ Empresas ☐ Policía Bonaerense  
☐ Seguro de capacitación y empleo ☐ Organizaciones sociales ☐ Servicio Penitenciario Provincial  
☐ Interno Servicio Penitenciario Provincial ☐ Instructor FP

FAMILIARES/TUTORES DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

(Complete si el alumno es menor de edad)  
Parentesco: Madre ☐ Padre ☐ Tutor/Responsable ☐ Es JEFE/A DE HOGAR: sí ☐ NO ☐  
Apellido/s: ..... 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 tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado) Completo ☐  
Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐ 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: .....

**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: .....

**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 inmediata y de manera fehaciente.*

Fecha de Inscripción: ...../...../.....  
Firma del responsable  
Aclaración