



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Año Lectivo 20_____
EDUCACIÓN SECUNDARIA**

Nº:

A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial _____	CUE _____	A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO	
Nombre _____	Nº _____	Distrito _____	
SECTOR DE GESTION:	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Municipal

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete sólo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

Clave Provincial _____	CUE _____	A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO		Nivel/Modalidad _____
Nombre _____	Nº _____	Dirección _____		País _____
Localidad _____	Distrito _____	Provincia _____	País _____	
SECTOR DE GESTION:	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Otro

INSCRIPCION

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL SECUNDARIO	<input type="checkbox"/> Ciclo Básico	<input type="checkbox"/> CESAJ	<input type="checkbox"/> Ciclo Superior	Orientación _____	<input type="checkbox"/> INDICAR ORIENTACION	
AÑO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
TURNO	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/> Vespertino	<input type="checkbox"/> Intermedio	
JORNADA	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Extendida	<input type="checkbox"/> Doble Escolaridad		

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCION ACTUAL Ingresante Reinscripto Promovido Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Es alumno con pase? SI NO
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

PARA INSCRIPCION EN ITINERARIO FORMATIVO O SISTEMA DUAL Inscripción en un Itinerario Formativo Inscripción en Sistema Dual

Establecimiento donde está inscripto en el Ciclo Superior Orientado

En este establecimiento
 En otro establecimiento Nombre _____ Nº _____
Distrito _____ CUE _____ A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ALUMNO

Tipo de Doc. _____	Nº _____	<input type="checkbox"/> Posee	<input type="checkbox"/> En Trámite	<input type="checkbox"/> No Posee	Estado del Doc. <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo
Apellido/s _____	Nombre/s _____				
Sexo _____	Fecha de Nac. _____	Lugar de Nac. _____	Nacionalidad _____		
DOMICILIO Calle _____	Nº _____	Piso _____	Torre _____		
Dpto _____	Entre calles _____				
Otro dato referido al domicilio _____					
Provincia _____	Distrito _____	Localidad _____	Código Postal _____		
Teléfono _____	Teléfono Celular _____				
Nº de Legajo _____	Nº de Matriz _____	Nº de Folio _____	A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO		

OTROS DATOS DEL ALUMNO

Hermanos SI NO Cantidad _____ Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento _____

Cantidad de habitantes en el hogar _____ Cantidad de habitaciones en el hogar _____ Otra lengua hablada en el hogar _____

Recibe ayuda escolar SI NO Obra social SI NO

¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa? SI NO AUH Becas por excepción
 Progresar Otros
 Becas Judicializadas

Medio de transporte que lo acerca al establecimiento

A pie Omnibus Auto particular Taxi/Remís Otro

CONTESTAN ALUMNOS DE 14 AÑOS Y MÁS

Tiene hijos menores de 3 años SI NO Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales SI NO

DATOS DE LA MADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ Nº _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ Nº _____ Piso _____ Torre _____
Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
 Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL PADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ Nº _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ Nº _____ Piso _____ Torre _____
Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
 Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL TUTOR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
Tipo de Doc. _____ Nº _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ Nº _____ Piso _____ Torre _____
Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
 Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO

(Alumnos menores de 18 años)

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Tipo de Doc. _____ Nº _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____
Apellido/s _____ Nombre/s _____
Tipo de Doc. _____ Nº _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Tipo de Doc. _____ Nº _____ Restricción _____



INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social _____ Nº Afiliado _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

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

SI NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por qué? _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

La alergia se debe a _____ No sabe Recibe tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique _____

Quirúrgicos SI NO Edad _____ Tipo de cirugía _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración _____

¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR LOS PADRES	VACUNAS OBLIGATORIAS de acuerdo a su cumplimiento	tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2		
		<input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA	<input type="checkbox"/> INCOMPLETA	<input type="checkbox"/> SIN DATOS
		En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica		
	DETERMINACION DE Fecha de la determinación	Talla (en centímetros) _____	Peso _____	Kgrs. (con 1 décimo)

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

RECURRIR A	Institución _____	Domicilio _____	Teléfono _____
MEDICO	Apellido/s _____	Nombre/s _____	Teléfono _____
FAMILIAR	Apellido/s _____	Nombre/s _____	Teléfono _____

ACTUALIZACIONES

Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describa los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describa los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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 el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____

Firma del responsable _____

Aclaración _____

Firma del Director _____