



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Año Lectivo 20\_\_\_\_\_  
EDUCACIÓN INICIAL**

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 _____		
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 INICIAL <input type="checkbox"/> Ciclo maternal <input type="checkbox"/> Ciclo jardín de infantes	
EDAD (al 30/06 del año lectivo de inscripción) <input type="checkbox"/> 45 días a 1 año <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 4 años <input type="checkbox"/> 5 años	
TURNO SOLICITADO <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde	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 <input type="checkbox"/> Ingresante <input type="checkbox"/> Alumno regular <input type="checkbox"/> Reinscripto	
TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Asistió a Jardín Maternal? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Comunitario	
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

**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 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Obra social <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="checkbox"/> AuH <input type="checkbox"/> Progresar <input type="checkbox"/> Becas para Judicializados
		<input type="checkbox"/> Becas por excepción <input type="checkbox"/> Otros
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento		
<input type="checkbox"/> A pie	<input type="checkbox"/> Omnibus	<input type="checkbox"/> Auto particular
		<input type="checkbox"/> Taxi/Remís
		<input type="checkbox"/> Otro

**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**

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

VACUNACION COMPLETA  INCOMPLETA

SIN DATOS

*En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica*

### DETERMINACION DE

Talla (en centímetros) \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la determinación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

**RECURRIR A** Institución \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**MEDICO** Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**FAMILIAR** Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### ACTUALIZACIONES

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Anual  SI  NO ¿Hay cambios?  SI  NO

Describa los cambios de salud del alumno \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Anual  SI  NO ¿Hay cambios?  SI  NO

Describa los cambios de salud del alumno \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Anual  SI  NO ¿Hay cambios?  SI  NO

Describa los cambios de salud del alumno \_\_\_\_\_

### REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario

Prestaciones válidas para nivel Post Primario

Comedor

Simple

DMC: Desayuno / Merienda Completa

Doble

Completa

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