

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN – AÑO LECTIVO 2019

NIVEL INICIAL

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Nombre del Colegio:.....Jardín de Infantes “**Colegio Sagrada Familia**” Estatal

Número:.....8446..... Distrito:.....San Miguel..... Privado

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

NIVEL: INICIAL

AÑO: Sala de 2 Sala de 3 Sala de 4 Sala de 5

TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Alternancia Doble Escolaridad Jornada Completa Vespertino

• **DATOS DEL ALUMNO/A:** Repitente: si no

Apellido/s:..... Nombres:.....

Tipo de Doc.:..... N° de Documento:..... Sexo:..... Fecha de Nacimiento:.....

Lugar de Nacimiento:..... Nacionalidad:.....

Domicilio-Calle:..... N°..... Piso:..... Depto:.....

Localidad:..... C.P..... Teléfono:.....

¿Cuántos hermanos tiene?..... ¿Cuántos en este establecimiento?.....

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA:

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

Jurisdicción / Provincia:..... Distrito:..... Rama / Nivel:.....

Nombre del Establecimiento:..... Estatal: Privado:

INFORMACIÓN DE SALUD: (Complete al dorso)

Obra Social:..... N° de Afiliado:.....

• **DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:**

Apellido/s de la Madre:..... Nombres:..... Profesión/Ocupación:.....

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

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Incompleto Hasta el año.....

¿Vive? Si No Tipo Documento:..... N° Documento:..... Nacionalidad:.....

Domicilio-Calle:..... N°..... Piso:..... Depto:.....

Localidad:..... C.P..... Celular :.....

Dirección de email:

Apellido/s del Padre:..... Nombres:..... Profesión/Ocupación:.....

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

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Incompleto Hasta el año.....

¿Vive? Si No Tipo Documento:..... N° Documento:..... Nacionalidad:.....

Domicilio-Calle:..... N°..... Piso:..... Depto:.....

Localidad:..... C.P..... Celular:.....

Dirección de email:

Apellido/s del Tutor o Responsable:..... Nombres:..... Profesión/Ocupación:.....

Vínculo / Parentesco con el alumno:.....

Nivel de Instrucción del Tutor / Responsable: (Marque el último nivel alcanzado) Completo

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Incompleto Hasta el año.....

¿Vive? Si No Tipo Documento:..... N° Documento:..... Nacionalidad:.....

Domicilio-Calle:..... N°..... Piso:..... Depto:.....

Localidad:..... C.P..... Celular:.....

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/s:..... Nombres:.....

Tipo de Doc.:..... N° de Doc..... Vínculo/Parentesco con el alumno:.....

Fecha de Inscripción:.....

INFORMACIÓN DE SALUD

1.- a. 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?.....

1.- b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI NO

En caso afirmativo describa sus manifestaciones:.....

La alergia se debe a:.....No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

2.- 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:.....

3.- VACUNAS OBLIGATORIAS:

VACUNA	CANTIDAD DE DOSIS	FUENTE DE LA INFORMACION
SABIN		
BCG		
ANTIHEÓPHILUS		
TRIPLE BACT.(DPT)		
TRIPLE VIRAL (SRP)		
ANTISARAMPIONOSA		
OTRAS		

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD:

Recurrir a: Institución:.....
Domicilio:.....Teléfono:.....

Avisar al Médico: Apellido/s:.....Nombre:.....
Domicilio:.....Teléfono:.....

Avisar al Familiar: Apellido/s:.....Nombre:.....
Domicilio:.....Teléfono:.....

ACTUALIZACIONES:

Fecha:...../...../..... Anual: SI NO ¿Hay Cambios? SI NO
Describe los cambios de salud del alumno:.....

Fecha:...../...../..... Anual: SI NO ¿Hay Cambios? SI NO
Describe los cambios de salud del alumno:.....

Fecha:...../...../..... Anual: SI NO ¿Hay Cambios? SI NO
Describe los cambios de salud del alumno:.....

Nombre y Apellido (Madre, Padre, Tutor/Responsable)

Firma