

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE**

Clave Provincial  CUE  A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO  
Nombre  N°  Distrito   
SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  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  N°  Dirección   
Localidad  Distrito  Provincia  País   
SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  Municipal  Nacional  Otro

**INSCRIPCIÓN**

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL SECUNDARIO  Ciclo Básico  CESAJ  Ciclo Superior Orientación  INDICAR ORIENTACION  
AÑO  1  2  3  4  5  6  
TURNO  Mañana  Tarde  Noche  Vespertino  Intermedio  
JORNADA  Simple  Completa  Extendida  Doble Escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCIÓN 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 INSCRIPCIÓN 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  N°   
Distrito  CUE  A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

**DATOS DEL ALUMNO**

Tipo de Doc.  N°   Posee  En Trámite  No Posee Estado del Doc.  Bueno  Malo  
Apellido/s  Nombre/s   
Sexo  Fecha de Nac.  Lugar de Nac.  Nacionalidad   
DOMICILIO Calle  N°  Piso  Torre   
Dpto  Entre calles   
Otro dato referido al domicilio   
Provincia  Distrito  Localidad  Código Postal   
Teléfono  Teléfono Celular

N° de Legajo  N° de Matriz  N° 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/Remis  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. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 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)

Autorizo a que mis hijos del Nivel Secundario se retiren solos a las 13.10 hs o 14.10 hs en caso de tener 6ta hora  
 Tipo de Doc \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

**Aclarar si el alumno puede retirarse solo (EN EPOCAS DE ORIENTACIÓN Y MESAS DE EXÁMENES)**

Puede: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Obra Social \_\_\_\_\_ N° 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? \_\_\_\_\_

<b>NO LLENAR LOS PADRES</b>	VACUNAS OBLIGATORIAS de acuerdo a su cumplimiento _____ tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2 <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i>
	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 _____ / _____ / _____	Aual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describe los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Aual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describe los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Aual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describe los cambios de salud del alumno _____		

**Autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física tanto en las clases de Educación Física como en salidas, torneos y campamentos.**

*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.*

Al firmar esta autorización damos nuestro consentimiento para:

- Que el EOE del Colegio trabaje en forma grupal e individual con mis hijos.
- Que el Colegio pueda difundir imágenes fotográficas y/o filmicas de mis hijos en medios de comunicación gráficos y/o digitales.
- Que mis hijos puedan realizar salidas educativas cercanas al Colegio junto a sus docentes.