

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 ALERGIAS? 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 <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <small>tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2 En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</small>
	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 _____ / _____ / _____ Describe los cambios de salud del alumno _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Fecha _____ / _____ / _____ Describe los cambios de salud del alumno _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Fecha _____ / _____ / _____ Describe los cambios de salud del alumno _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

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.