PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN – AÑO LECTIVO 2025

EDUCACIÓN PRIMARIA

• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:
Nombre del Colegio:.....COLEGIO SAGRADA FAMILIA..... Estatal ☐
Número:..... Distrito:.....SAN MIGUEL..... Privado ☒

• EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN (marque con una cruz lo que corresponda):
NIVEL: _____
AÑO: 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐

TURNO SOLICITADO: Mañana ☒ Tarde ☐ Alternancia ☐ Doble Escolaridad ☐ Jornada Completa ☐ Vespertino ☐

• DATOS DEL ALUMNO/A: Repitente: si ☐ no ☐
Apellido/s:..... Nombres:.....
Tipo de Doc.:..... Nº de Documento:..... Sexo:..... Fecha de Nacimiento:.....
Lugar de Nacimiento:..... Nacionalidad:.....
Domicilio-Calle:..... Nº..... Piso:..... Depto:.....
Localidad:..... C.P.....Teléfono:.....
Ingresante ☐ Reinscripto ☐ Promovido☐
¿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:..... Nº de Afiliado:.....

• DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/0 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:..... Nº Documento:..... Nacionalidad:.....
Domicilio-Calle:..... Nº..... Piso:..... Depto:.....
Localidad:..... C.P.....Celular:.....
E-mail.: .....

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:..... Nº Documento:..... Nacionalidad:.....
Domicilio-Calle:..... Nº..... Piso:..... Depto:.....
Localidad:..... C.P.....Celular:.....
E-mail.: .....

Apellido/s del Tutor o Responsable:..... Nombres:.....Profesión/Ocupación:.....
Vìnculo / 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:..... Nº Documento:..... Nacionalidad:.....
Domicilio-Calle:..... Nº..... Piso:..... Depto:.....
Localidad:..... C.P.....Celular:.....
E-mail.: ……

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:
Apellido/s:.....Nombres:.....
Tipo de Doc.:..... Nº de Doc.....Vínculo/Parentesco con el alumno:.....

RESTRICCIONES JUDICIALES:
Apellido/s:.....Nombres:.....
Tipo de Doc.:..... Nº ..... RESTRICCIÓN…….....

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 ☐
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 ÚNICO DE BENEFICIARIOS SAE:
Comedor☐ DMC☐

--- --- ---
Fecha de incripción ---/---/--- Firma Aclaración