

● **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: ..... Estatal   
Número: ..... Distrito: ..... Privado

**INSCRIPCIÓN**

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

**NIVEL:** E.G.B.A.  Medio/Polimodal  Formación Profesional

**AÑO/CICLO:** 1  2  3

**TURNO SOLICITADO:** Mañana  Tarde  Vespertino  Noche  Intermedio

**ÁREA/MODALIDAD/ORIENTACIÓN/ESPECIALIDAD:** .....

Si se inscribe en modalidad distancia, indicar: cantidad de módulos aprobados (excepto si recién se inscribe en el sistema): .....

● **DATOS DEL ALUMNO/A:**

En Medio/Polimodal: Repitiente: sí  NO

Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Estado del Doc: Bueno  Malo  En Trámite  No posee

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

Sexo: ..... Fecha de Nac: ...../...../..... Lugar de Nac: ..... Nacionalidad: .....

**Domicilio - Calle:** ..... N°: ..... Piso: ..... Torre: ..... Dpto: .....

Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....

N° Legajo: ..... N° Libro Matriz: ..... N° Folio: .....

Nivel de Instrucción: (Para el Nivel Formación Profesional - Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno  Primario  Secundario  Terciario  Universitario  Posgrado

Completo

Incompleto  Hasta el año/grado: .....

Año calendario en que cursó los últimos estudios: .....

**SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA:** (Complete sólo si el año pasado o este año el alumno concurrió a otro establecimiento)

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

Nombre del Establecimiento: ..... Nro: ..... Privado

Condición del alumno en la inscripción actual: Repitiente  Reinscripto  Ingresante  Promovido  Permanece   
Proveniente del ciclo lectivo anterior

Fecha en que se incorporó por primera vez al sistema: mes: ..... Año calendario: .....

¿Abandonó en algún momento? Sí  NO  Fecha de Abandono: ...../...../..... Fecha de Reincorporación: ...../...../.....

**Otros datos:** ¿Trabaja? Sí  NO  ¿Tiene el primario completo? Sí  NO

¿Vincula a algún sector? Sí  NO

¿Cuál?: **Primaria o Secundaria, Presencial o Distancia:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pertenecientes a MTEySS: | <input type="checkbox"/> Administración pública Provincial         | <input type="checkbox"/> Interno Servicio Penitenciario Federal |
| ○ Jefas y Jefes de Hogar                          | <input type="checkbox"/> Administración pública Municipal          | <input type="checkbox"/> Minoridad                              |
| ○ PEC   | <input type="checkbox"/> Zona Rural Desocupados                    | <input type="checkbox"/> Judicializados                         |
| ○ Barrios Bonaerenses                             | <input type="checkbox"/> Zona Rural Ocupados                       | <input type="checkbox"/> Otros                                  |
| ○ Ex Jefas y Jefes de Hogar                       | <input type="checkbox"/> Sindicatos                                | <b>Solo Secundaria:</b>   |
| ○ Familiar  | <input type="checkbox"/> Empresas                                  | <input type="checkbox"/> Policía Bonaerense                     |
| ○ Seguro de capacitación y empleo                 | <input type="checkbox"/> Organizaciones sociales                   | <input type="checkbox"/> Servicio Penitenciario Provincial      |
|   | <input type="checkbox"/> Interno Servicio Penitenciario Provincial | <input type="checkbox"/> Instructor FP                          |

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

(Complete si el alumno es menor de edad)

**Parentesco:** Madre  Padre  Tutor/Responsable  Es JEFE/A DE HOGAR: sí  NO

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

Nacionalidad: ..... Profesión u ocupación: .....

| CONDICIÓN DE ACTIVIDAD | Trabajo Permanente <input type="checkbox"/> | Trabajo Temporal <input type="checkbox"/> | Changas/jornalero <input type="checkbox"/> | No trabaja y busca <input type="checkbox"/> | Ama de casa <input type="checkbox"/> | Estudiante <input type="checkbox"/> | Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/> | Rentista <input type="checkbox"/> | Discapacitado <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> |
|------------------------|---|---|--|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|
|------------------------|---|---|--|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|

Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno  Primario  Secundario  Terciario  Universitario  Posgrado

Completo

Incompleto  Hasta el año/grado: .....

Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Estado del Doc: Bueno  Malo  En Trámite  No posee

**Domicilio - Calle:** ..... N°: ..... Piso: ..... Torre: ..... Dpto: .....

Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....



**INFORMACIÓN DE SALUD**

Obra Social: ..... N° Afiliado: .....

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:

SÍ  NO  ¿Cuál?: .....

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:

SÍ  NO  ¿Por qué?: .....

**¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**

SÍ  NO

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

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

**TRATAMIENTOS:**

¿Recibe tratamiento médico?: SÍ  NO  Especifique: .....

Quirúrgicos: SÍ  NO  Edad: ..... Tipo de Cirugía: .....

¿Presenta alguna limitación física?: SÍ  NO  Aclaración: .....

Otros problemas de salud: .....

NO LLENAR  
LOS PADRES

**VACUNAS OBLIGATORIAS:** Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA  INCOMPLETA  SIN DATOS   
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

**DETERMINACIÓN DE:** Talla (en centímetros): ..... Peso: ..... Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la Determinación: ...../...../.....

**SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :**

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

**Médico:** Apellido/s: ..... Nombres: .....  
Domicilio: ..... Teléfono: .....

**Familiar:** Apellido/s: ..... Nombres: .....  
Domicilio: ..... Teléfono: .....

**ACTUALIZACIONES:**

Fecha: ...../...../..... Anual: SÍ  NO  ¿Hay cambios? SÍ  NO

Describe los cambios de salud del alumno: .....

Fecha: ...../...../..... Anual: SÍ  NO  ¿Hay cambios? SÍ  NO

Describe los cambios de salud del alumno: .....

Fecha: ...../...../..... Anual: SÍ  NO  ¿Hay cambios? SÍ  NO

Describe los cambios de salud del alumno: .....

*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 al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.*

Fecha de Inscripción: ...../...../.....

Firma del responsable

Aclaración