

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

INSCRIPCION

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL INICIAL ☐ Ciclo maternal ☐ Ciclo jardín de infantes
EDAD (al 30/06 del año lectivo de inscripción) ☐ 45 días a 1 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años
TURNO SOLICITADO ☐ Mañana ☐ Tarde **JORNADA** ☐ Simple ☐ Completa ☐ Extendida ☐ Doble escolaridad
CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCION ACTUAL ☐ Ingresante ☐ Alumno regular ☐ Reinscripto
TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Asistió a Jardín Maternal? ☐ SI ☐ NO ☐ Estatal ☐ Municipal ☐ Privado ☐ Comunitario
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? ☐ SI ☐ NO

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 para Judicializados
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
☐ A pie ☐ Omnibus ☐ Auto particular ☐ Taxi/Remís ☐ Otro

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

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____
Apellido/s _____ Nombre/s _____
Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Tipo de Doc. _____ N° _____ Restricción _____

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? _____

NO LLENAR
LOS PADRES**VACUNAS OBLIGATORIAS**
de acuerdo a su cumplimiento

tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2

☐ VACUNACION COMPLETA☐ INCOMPLETA☐ SIN DATOS*En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica***DETERMINACION DE**

Fecha de la determinación

Talla (en centímetros)

_____ / _____ / _____

Peso

Kgrs. (con 1 décimo)

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 _____ / _____ / _____

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 UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario

☐ Comedor☐ DMC: Desayuno / Merienda Completa*Prestaciones válidas para nivel Post Primario*☐ Simple☐ Doble☐ Completa*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.*

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____

Firma del responsable

Aclaración

Firma del Director