



Dirección General
de Cultura y Educación

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Año Lectivo 2026
EDUCACIÓN SECUNDARIA

Nº:

A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial _____ CUE _____ A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
Nombre _____ Nº _____ 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 _____ Nº _____ 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 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 INSCRIPCION 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 _____ Nº _____
Distrito _____ CUE _____ A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ALUMNO

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

Nº de Legajo _____ Nº de Matriz _____ Nº 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 apoyo escolar ☐ SI ☐ NO Obra social ☐ SI ☐ NO Recibe ayuda escolar ☐ 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

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)

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 _____ Nº 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 tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2
de acuerdo a su cumplimiento ☐ VACUNACION COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐ SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

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 _____ / _____ / _____ Anual ☐ SI ☐ NO ¿Hay cambios? ☐ SI ☐ NO
Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual ☐ SI ☐ NO ¿Hay cambios? ☐ SI ☐ NO
Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual ☐ SI ☐ NO ¿Hay cambios? ☐ SI ☐ 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 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 _____