

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: ..... Estatul   
Número: ..... Distrito: ..... Privado

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

**NIVEL:** ESB **AÑO:** 7  8  9   
**TURNO SOLICITADO:** Mañana  Tarde  Alternancia  Doble Escolaridad  Jornada Completa  Jornada Extendida  Vespertino

• **DATOS DEL ALUMNO/A:**  
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: .....

**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  En Compensación

**Otros datos:** ¿Cuántos hermanos tiene? ..... ¿Cuántos en este Establecimiento? ..... Distancia del domicilio a la escuela: ..... Km.  
Cantidad de habitantes en el hogar: ..... Cantidad de habitaciones en el hogar (exceptuando cocina y baño): .....  
Cantidad de libros en el hogar (no contando revistas, diarios y textos escolares): ..... ¿Recibe apoyo escolar? NO  SÍ   
¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO  SÍ

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

Apellido/s de la **MADRE:** ..... 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 de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)  
Ninguno  Primario  Secundario  Terciario  Universitario  Posgrado  Completo  Incompleto  Hasta el año/grado: .....  
¿Vive?  NO  SÍ  → Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Estado del Doc: Bueno  Malo  En Trámite  No posee   
**Domicilio** - Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Torre: ..... Dpto: .....  
Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....

Apellido/s del **PADRE:** ..... 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 Padre: (Marque el último nivel alcanzado)  
Ninguno  Primario  Secundario  Terciario  Universitario  Posgrado  Completo  Incompleto  Hasta el año/grado: .....  
¿Vive?  NO  SÍ  → Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Estado del Doc: Bueno  Malo  En Trámite  No posee   
**Domicilio** - Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Torre: ..... Dpto: .....  
Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....

Apellido/s del **TUTOR/RESPONS.:** ..... Nombres: .....  
Vínculo / Parentesco con el alumno: ..... 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: .....

**JEFE/A DE HOGAR:** Madre  Padre  Tutor/Responsable

**OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:**  
Apellido/s: ..... Nombres: .....  
Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Vínculo / Parentesco con el alumno: .....



**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