



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
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 _____ 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 ALERGIAS? 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 N° 2 de acuerdo a su cumplimiento <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i>
	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 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describe los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describe los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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