

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: Estral
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 Jomada Completa Jomada 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 solo si el año pasado o este año el alumno concurrió a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estral
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): ¿Tiene computadora en el hogar?
¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO SI ¿Recibe apoyo escolar? NO SI

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} ^{SI} → 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} ^{SI} → 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