

♦ DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: CENTRO EDUCATIVO SIGLO 21

Número: DIPREGEPI Nº 3282 Distrito: ITUZAINGO

Estatal ☐

Privado ☐

INSCRIPCIÓN

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

NIVEL
INICIAL

SALA
DE

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ J/E

☐

AÑOS

PEGAR
FOTO
CARNE
—

TURNO SOLICITADO: Mañana ☐ Tarde ☐ Alternancia ☐ Jornada Extendida ☐ ☐ ☐

♦ 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 particular:

Correo Electrónico:

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 ☐

Trabajo
Temporal ☐

Changas/
jornalero ☐

No trabaja
y busca ☐

Ama de
casa ☐

Estudiante ☐

Jubilado/
pensionado ☐

Rentista ☐

Discapacitado ☐

Otros ☐

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 celular:

Apellido/s del PADRE: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN
DE ACTIVIDAD

Trabajo
Permanente ☐

Trabajo
Temporal ☐

Changas/
jornalero ☐

No trabaja
y busca ☐

Ama de
casa ☐

Estudiante ☐

Jubilado/
pensionado ☐

Rentista ☐

Discapacitado ☐

Otros ☐

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 celular:

Apellido/s del TUTOR/RESPONS.: Nombres:

Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN
DE ACTIVIDAD

Trabajo
Permanente ☐

Trabajo
Temporal ☐

Changas/
jornalero ☐

No trabaja
y busca ☐

Ama de
casa ☐

Estudiante ☐

Jubilado/
pensionado ☐

Rentista ☐

Discapacitado ☐

Otros ☐

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 celular:

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:

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: Teléfono:
Domicilio:

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, Notificación/...../.....
Aclaración DNI

.....

